

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

**UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO DA AUTO-AVALIAÇÃO DA
SAÚDE DE IDOSOS**

por

Maria das Graças Uchôa Penido Fonseca

**Belo Horizonte
Fevereiro/ 2010**

TESE DSC-CPqRR M. G. U. P. FONSECA 2010

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

**UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO DA AUTO-AVALIAÇÃO DA
SAÚDE DE IDOSOS**

por

Maria das Graças Uchôa Penido Fonseca

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

Orientações:

Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo

Dra. Elizabeth Uchôa

**Belo Horizonte
Fevereiro/ 2010**

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

F676e Fonseca, Maria das Graças Uchôa Penido.
2010

Um estudo antropológico da auto-avaliação da saúde de idosos / Maria das Graças Uchoa Penido Fonseca. – Belo Horizonte, 2010.

x, 50 f: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 55 – 60.

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

1. Saúde do Idoso 2. Idoso/psicologia 3. Autoanálise/utilização 4. Autonomia pessoal I. Título. II. Firmo, Josélia Oliveira Araújo (Orientação). III. Uchôa, Elizabeth (Orientação)

CDD – 22. ed. – 305.26

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

**UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO DA AUTO-AVALIAÇÃO DA
SAÚDE DE IDOSOS**

por

Maria das Graças Uchôa Penido Fonseca

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo (Presidente)

Dra. Marilyn Kay Nations

Dr. Romeu Gomes

Dra. Virgínia Toreres Schall

Dra. Celina maria Modena

Dra. Elizabeth Uchôa

Suplente: Dra. Zélia Maria Profeta da Luz

Tese defendida e aprovada em 26/02/2010

Oha estas velhas árvores, mais belas
Do que as árvores novas, mais amigas
Tanto mais belas quanto antigas,
Vencedoras da idade e das procelas.

Clavo Bilac

Aos idosos.
Ou, nos dizeres do poeta Mário de Andrade,
aos que agora, além da sorte,
sentem que a velhice avança.

AGRADEÇO

À FAPEMIG e à FIOCRUZ pelo auxílio financeiro.

À Dra Maria Fernanda Furtado Lima-Costa pela participação na escolha do tema de pesquisa.

À coordenação do curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, pelo acolhimento.

À Dra. Elizabeth Uchôa, sempre mestre generosa e amiga atenta.

À Dra. Josélia Firmo, pela aguçada capacidade crítica, disponibilidade incondicional para as leituras e discussões dos meus trabalhos e amizade construtiva e estimulante.

Ao Dr. Antônio Ignácio Loyola Filho, em especial, pela disponibilidade atenta na revisão dos meus escritos e pelas sugestões e pistas que sempre redirecionavam meus pensamentos.

À equipe da Secretaria de Pós-Graduação, pela constante atenção.

À Albelena, secretária do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica, pela disponibilidade.

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

À comunidade do Centro de Pesquisas René Rachou, pela convivência estimulante.

À comunidade de Bambuí, e especialmente aos que muito viveram e tiveram muito a me ensinar.

Aos meus amigos do laboratório, pelo suporte carinhoso.

Aos meus filhos, Marcelo e Rafael, que estiveram ao meu lado neste percurso.

À minha família e aos meus amigos, pela compreensão e incentivo.

SUMÁRIO

RESUMO	IX
ABSTRACT	X
1 INTRODUÇÃO	11
2 QUADRO TEÓRICO METODOLÓGICO	18
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	23
4 RESULTADOS	
4.1 ARTIGO 1 : Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola-Filho AI e UCHOA E, 2010.O papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. Revista de Saúde Pública; 44 (1): 159-65	24
4.1.1 Resumo	26
4.1.2 Abstract	27
4.1.3 Introdução	28
4.1.4 Procedimentos metodológicos.....	29
4.1.5 Análise dos resultados	29
4.1.6 Conclusões.....	33
4.1.7Referências bibliográficas	36
4.2 ARTIGO 2 : Fonseca MGUP; Uchoa E; Loyola Filho AI e Firmo JOA. A autonomia e a auto-avaliação da saúde do idoso: a influência do gênero (submetido).....	38

4.2.1	Resumo	40
4.2.2	Abstract	41
4.2.3	Introdução	42
4.2.4	Procedimentos metodológicos.....	43
4.2.5	Análise dos resultados	43
4.2.6	Conclusões.....	46
4.2.7	Referências bibliográficas	50
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivos compreender os significados atribuídos à auto-avaliação da saúde do idoso, bem como o papel desempenhado pelo gênero nas auto-avaliações e nos comportamentos em saúde dentro desse universo. Participaram do estudo 17 idosos (≥ 70 anos), selecionados entre os participantes da coorte do Projeto Bambuí. A abordagem utilizada é de cunho antropológico baseada no modelo de Signos, Significados e Ações, a qual visa uma articulação entre ações individuais, códigos culturais e contexto macrossocial. Entrevistas domiciliares guiadas por um roteiro semi-estruturado foram realizadas por dois pesquisadores treinados, focalizando a auto-avaliação de saúde como “boa”, “razoável” ou “ruim” e os critérios utilizados pelos idosos nessa avaliação.

Os resultados do trabalho mostraram que a idéia organizadora dos relatos vinculou a saúde do idoso a permanecer ativo dentro das capacidades funcionais instrumentais avançadas, ser dono da própria vida (como oposição a ser dependente), ser capaz de resolver problemas e poder agir como desejar. A capacidade funcional instrumental foi identificada como sendo a lógica mais significativa para a auto-avaliação de saúde dos idosos. A idéia circulante entre homens e mulheres era de que um indivíduo idoso permanece saudável enquanto é capaz de agir sobre o entorno na busca de respostas culturalmente adequadas às situações estruturais a que estão expostos. Esta lógica revelou um caráter dicotômico – universal para ambos os gêneros no que concerne a competências (para o trabalho, de julgamento e de estabelecimento de relações sociais), e simbolicamente específico no que diz respeito ao cenário (público ou privado) em que homens e mulheres idosos exercem estas competências. O presente trabalho representa uma reflexão sobre o impacto da interseção indivíduo-cultura sobre o comportamento em saúde. Ele revelou similitudes entre as concepções de saúde entre homens e mulheres idosos, mas também construções distintas que evidenciam necessidades diferenciadas. Conclui-se que a busca da equidade em saúde no segmento de idosos deve passar pela compreensão das universalidades e especificidades das identidades masculinas e femininas no nexo saúde-sociedade.

ABSTRACT

The present study aims to understand the meanings attributed to self-assessment of health by the elderly, as well as to understand the place of gender in such universe. A qualitative study was performed with 17 elderly individuals (≥ 70 years of age) of both sexes, living in the city of Bambuí, MG, Brazil, in 2008. An anthropological approach based on the model of signs, meanings and actions, which associates individual actions, cultural codes and the macro-social context, was used. Data were collected in the homes of elderly individuals following semi-structured interviews. The main subjective health aspects that comprised the interview guide were: self-assessment of health, description of health as “good”, “reasonable” and “poor” and the criteria used by elderly individuals to assess their own health.

The idea organizing reports associated self-assessment of health by the elderly with remaining active within advanced instrumental and functional abilities, being in charge of one's life (as opposed to being dependent on others), being able to solve problems and acting at will. Instrumental functional capacity was identified as the most important analytical category. The idea which circulated among men and women was that the elderly individual is not characterized as someone free from diseases, but rather able to act over the environment, going for responses culturally adequate to the structural situations they are exposed to. This logic presented a dichotomic character – universal for both men and women in what competence was concerned (for work, judgment and establishment of social relationships), and symbolically specific in what enabled them to exercise that competence in different contexts (public or private).

The present study considers the impact of the intersection individual- culture over health assessments and behaviors among elderly. It revealed similar but also different constructions which clarify different needs. It concludes that equity in health among elderly depends on the understanding of both universalities and specificities within male and female identities.

1 INTRODUÇÃO

Things are what we made of them

Clifford Geertz, 1983

O “Brasil-país-do-futuro” está envelhecendo. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e múltiplas que exigem cuidados constantes⁸³. Estima-se que em 2020 o Brasil ocupe o sexto lugar no mundo em número de idosos^{15, 83}

Embora o aumento da esperança de vida e as mudanças nos papéis sociais dos indivíduos com mais idade coloquem em questão o conceito de idoso, considera-se idoso no Brasil todo indivíduo com sessenta anos ou mais, tal como definido pelo marco legal da Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994)⁶² e pelo Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003)⁶¹. Reconhece-se, no entanto, que se fala de um intervalo etário muito amplo e de um grupo bastante complexo¹⁶ e que este critério de classificação do idoso, de referência estritamente biológica, é limitado.

Com relação à sua própria saúde, sabe-se que o idoso compreende-a subjetivamente segundo a presença ou ausência de estados ou atributos específicos e como uma função de estados atuais ou futuros (prognósticos)⁸⁸. Transformada em medida epidemiológica desde os anos 50, a auto-avaliação da saúde é reconhecida como um dos indicadores mais úteis em pesquisas gerontológicas e de saúde. Segundo autores, ela é capaz de fornecer uma síntese de saúde física⁴⁴, capturando, além de condições médicas e incapacidades funcionais, outros vários sintomas e sensações pré-clínicas ou não-clínicas⁴¹, assim como qualquer informação que o indivíduo reconheça como pertencente ao seu estado de saúde. Portanto, ela não corresponde necessariamente à soma dos indicadores objetivos⁶⁴. Existem grandes evidências de que esta medida, constitua um instrumento válido e confiável em epidemiologia⁴⁶, um indicador de qualidade de vida, da morbidade e de declínio físico^{41,56}, além de constituir um importante preditor da subsequente mortalidade⁴¹. De fato, para alguns autores^{26,41,64}, ela constitui a medida mais fácil no sentido de identificar indivíduos com alto risco de mortalidade. Paralelamente, há também evidências de que a auto-avaliação de saúde afete o desempenho psicossocial do indivíduo relacionado ao curso da doença e à recuperação. Fayers & Sprangers²⁶ indentificam este instrumento como sendo o melhor preditor de sobrevida em oncologia.

Assim reconhecida como indicador de saúde, a auto-avaliação de saúde tem sido um importante tópico de estudo em ciências da saúde. Dados quantitativos e qualitativos

têm sido usados para testar a hipótese de que os conceitos de saúde estritamente biomédicos subestimam a história dos indivíduos, enquanto as definições mais amplas se relacionam a avaliações mais positivas⁴². Mesmo autores exteriores à pesquisa etnográfica enfatizam a fusão de aspectos biológicos e socioculturais ao longo da vida de um indivíduo^{41,85} e, nas últimas décadas, um grande número de estudos epidemiológicos sobre envelhecimento tem evidenciado a discordância de resultados entre auto-avaliação de saúde e dados objetivos de saúde. Idler⁴³ e Dening et al.²⁵ acreditam que a idade tem uma associação positiva com uma melhor percepção da saúde. Idler⁴³ relaciona isto a um decréscimo do nível de aspiração com relação à saúde no envelhecimento. Outros autores atribuem esta discordância de resultados à constatação de que em idades avançadas, a auto-avaliação de saúde se baseia menos na saúde objetiva⁴⁰ e resulta mais de processos interpretativos ativos^{41,45}, pelos quais as pessoas escolhem livremente quais aspectos da saúde querem privilegiar e que tipo de lógica querem usar na sua auto-avaliação.

Ao focalizar os determinantes e as consequências da auto-avaliação de saúde em idosos, a pesquisa epidemiológica não responde à questão de como se dá esta avaliação³¹, simplificando suas respostas. Devido à natureza subjetiva e avaliativa da auto-avaliação da saúde, tais estudos não esclarecem os critérios que o indivíduo idoso utiliza em sua auto-avaliação, que elementos fazem parte da sua construção e a quais dimensões da saúde o idoso se refere. A partir dessas limitações, Mossey⁶⁴ sugere que sejam realizados estudos direcionados para o significado da auto-avaliação de saúde, de modo a esclarecer os mecanismos através dos quais tais avaliações operam.

Partindo da importância da auto-avaliação de saúde do idoso para a saúde pública e seguindo um sistema amplo de significações que perpassa por experiências do sujeito e por identidades coletivas³⁰, o presente estudo procura compreender as auto-avaliações de saúde do idoso, as quais, de acordo com Idler & Benyamini⁴¹ e Westerhof et al.⁸⁵, seguramente variarão com o significado atribuído e o momento sócio-histórico. Segundo Jylha⁴⁵, para fazer uma síntese sobre si mesmo e sua saúde, os sujeitos lançam mão de processos interpretativos ativos sobre seu processo bio-psíquico, suas condições sociais e sua interrelação com o seu grupo.

Em acordo com o trabalho de Thompson⁷⁸, este estudo busca desvendar os significados que estão por trás dos comunicados dos indivíduos idosos sobre saúde e examinar as estratégias desenvolvidas por estes sujeitos na busca de sentidos. Em outras palavras, procura-se conhecer quais são os elementos individuais, de *status* físico, socioculturais e características do ambiente que modulam as compreensões e as respostas de uma comunidade de idosos a respeito de sua saúde. Este trabalho é, portanto, uma

reflexão sobre o impacto da interseção indivíduo-cultura sobre o comportamento em saúde.

É importante deixar claro que a visão de sujeito adotada no presente trabalho obedece a uma conceituação de subjetividade que vai além da idéia do simples ser e situa o sujeito em uma dimensão transformadora, associando-o à idéia de uma contínua reconstrução de identidade⁶. O sujeito idoso é referido aqui não como um ser individual, mas em relação a sua alteridade e sua intersubjetividade, definida por Ayres como “*o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos*”⁶. O autor remete-se ao *in-dividuu* como *aquele que não pode se dividir, que permanece coeso*.

As questões que direcionaram esta pesquisa foram: O que significa saúde para o idoso? Que elementos homens e mulheres idosos utilizam para avaliar sua saúde? Este elementos são iguais ou específicos por gênero? Como isto interage com o seu comportamento em saúde?

Com relação às primeiras questões, a literatura revela que no Brasil, no final do século XX e no início do século XXI, estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos colocam em evidência valores tais como autonomia e vida ativa⁴⁹. A saúde para o idoso passa, desde então, a ser entendida como a interação multidimensional entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional, a integração social e o suporte familiar⁷¹. Ser um idoso saudável passa a significar, em sua essência, responder às necessidades da vida cotidiana e se sentir motivado para novas buscas e conquistas pessoais¹⁴. No entanto, a mesma autora¹⁶ reflete sobre o perigo que constituem as generalizações a respeito do idoso.

Procurando responder às questões seguintes, nos deparamos com Veras⁸³ que, focando o comportamento de prevenção, sublinha que a base de informações produzida pela PNAD mostra que, mesmo tendo havido maior procura por serviços médicos, entre 1998 e 2003, ela ainda é muito pequena entre o segmento de mulheres idosas, principalmente no que diz respeito ao câncer de mama.

Baseando-nos na CSDH (Commission on Social Determinants of Health)⁸⁷, que acredita que a função de uma sociedade justa é fazer mais do que simplesmente abrir caminhos para que os indivíduos façam uso de suas oportunidades, mas também detectar os impecilhos e mudá-los, e em Veras⁸³, que reconhece a necessidade de investigações que possibilitem uma compreensão mais refinada dos fatores que prejudicam o acesso da população idosa a ações de assistência e prevenção, pretendemos analisar as nuances dos processos interpretativos do idoso na sua elaboração de critérios de saúde que orientam comportamentos.

Vários estudos sobre saúde falam da importância de se levar em conta os processos interpretativos na compreensão da auto-avaliação de saúde^{12,45,48,76}. Estes estudos sugerem especificamente que uma melhor auto-avaliação da saúde está relacionada a uma transcendência do critério biomédico. Por sua vez, Idler & Benyamini⁴¹ encontram uma subestimação da saúde nos indivíduos idosos que focalizam sua avaliação de saúde em dados físicos.

No presente estudo, utilizamos o conceito de auto-avaliação de saúde de Hoeymans³⁹, descrita como uma avaliação da própria saúde baseada tanto no estado objetivo físico e mental quanto em sensações, avaliações, expectativas, comparações e atitudes com relação a mudanças, desafios e habilidades para reagir às responsabilidades da vida diária. Nesta perspectiva, o foco é posicionado nos níveis individual, sociocultural, ambiental e no *status* físico.

Vários outros estudos^{37,41,45,48,54} compartilham da perspectiva de Hoeymans³⁹. Este mesmo foco é também realçado por Van Maanen⁸², Borawski et al¹² e Uchôa⁷⁹. O estudo de Uchôa⁷⁹, realizado entre mulheres idosas, mostra que a avaliação da severidade e da relevância de problemas de saúde é determinada mais pela habilidade em se lidar com problemas do que pelos problemas em si mesmos. Esta habilidade foi associada por estas mulheres ao suporte familiar e ao acesso a cuidados médicos, acesso este facilitado ou dificultado por circunstâncias socioeconômicas⁷⁹. O trabalho de Van Maanen⁸², desenvolvido entre idosos americanos e ingleses, coloca ênfase na saúde como um estado de espírito (*state of mind*), mesmo em situações de decadência física gradual. Esta autora presume que as idéias sobre saúde mudam através da vida e que a ênfase na saúde física evolui gradualmente para dimensões de saúde não-física, particularmente entre indivíduos com mais de 80 anos. Tanto no caso brasileiro quanto no anglo americano, pode-se observar que os critérios utilizados pelos respondentes para avaliar sua saúde são complexos e multifacetados, perpassando pelo *status* físico e funcional (o que o corpo pode fazer), possibilidade de desempenho de papéis sociais e por uma avaliação mais ampla de bem-estar afetivo, geralmente discordante da dimensão biológica. Em ambos os estudos, os resultados das investigações incluem respostas explícitas e implícitas em termos de uma atitude positiva com relação a mudanças e desafios na vida diária.

Outro estudo qualitativo de referência nesta direção é o de McMullen & Luborsky⁵⁹. Estes autores sugerem que o processo de auto-avaliação de saúde integra um processo cultural de formação de identidade individual e coletiva, produzido dentro de um contexto social e histórico, que une significados pessoais a discursos culturais. De acordo com McMullen & Luborsky⁵⁹, estes construtos de identidade podem ser alterados com o

envelhecimento e a diminuição da saúde. Outro trabalho³⁸ revela como o ambiente histórico, cultural e os contextos ambientais moldam e conferem significado aos pensamentos e atividades dos participantes. Trata-se de um estudo sobre as experiências de idosos longevos vivendo sozinhos em área rural, descrevendo suas atividades diárias, preocupações, lutas e estratégias adaptativas. A autora conclui que a saúde destes indivíduos idosos é definida mais em termos da capacidade funcional do que pelo reconhecimento de dor ou de outros sintomas de mal estar. Um outro trabalho qualitativo sobre o envelhecimento que merece ser citado é o de Degnen²⁴. Esta autora foca o caráter relacional do envelhecimento e explora os critérios empregados pelos idosos para monitorar, julgar e validar as manifestações do envelhecer dentro da dinâmica intrageracional.

A grande importância dos estudos acima citados é evidenciar questões a respeito da estrutura da auto-avaliação de saúde do idoso enquanto categoria social, enfatizar seu caráter processual e buscar os seus construtos nos mecanismos internos e externos dos quais ela se origina.

Especificamente com relação aos critérios utilizados nesta avaliação subjetiva da saúde, vários outros estudos corroboram a hipótese de que a auto-avaliação de saúde reflete aspectos físicos, mentais e sociais^{4,5,55}, mas ainda se tem pouca informação sobre quais elementos são realmente utilizados pelo indivíduo na avaliação de sua saúde⁶⁴. Alguns estudos^{50,51,86} sugerem que ao relatar sobre sua saúde o sujeito se baseia em três parâmetros: a) uma doença física ou sintoma crônico; b) seu funcionamento físico e c) uma avaliação subjetiva. Mossey⁶⁴ acrescenta a dimensão saúde mental à dimensão física, enfatizando a substancial correlação entre auto avaliação de saúde e status psicológico, medido em termos de sintomas depressivos. Van Maanen⁸² também considera que os processos interpretativos dos sujeitos ultrapassam a saúde física, derivando-se de sua maneira de ver a vida, da presença de redes sociais, passando, portanto, por dimensões psicológicas e socioculturais. Averill⁵, trabalhando com idosos hispânicos e não-hispanicos, conclui que as avaliações de saúde variam com o status socioeconômico, a história e a cultura dos participantes.

De acordo com outros autores^{16,43,44,63,85}, as auto-avaliações de saúde são passíveis de variação também segundo o gênero. Camarano¹⁶ e Neri⁶⁷ acreditam que o envelhecer seja uma experiência diferente para homens e mulheres em termos de subjetividade, condições de vida, arranjos familiares, doença e morte. A CSDH (Commission on social determinants of health) de 2007⁸⁷ constata efeitos de experiências em saúde desiguais de acordo com o gênero em todo o mundo e coloca no centro da inequidade em saúde as

normas e as estruturas sociais que a suportam e perpetuam.

Uma questão da realidade brasileira atual que demanda maior compreensão da auto-avaliação de saúde segundo o gênero é a feminização no envelhecimento. De acordo com Neri⁶⁷, o Brasil apresenta atualmente maior presença relativa de mulheres na população idosa, maior longevidade das mulheres em comparação com os homens, um crescimento relativo de mulheres idosas que fazem parte da população ativa e um crescimento relativo de mulheres que são chefes de família. A mesma autora⁶⁸ acredita que a feminização do envelhecimento tenha mais riscos do que vantagens, significando a potencialização da fragilidade da mulher idosa.

Esta relação gênero e envelhecimento tem sido preocupação de diversos autores^{8,16}, mas ainda são necessários estudos que incluam tanto a dimensão intersubjetiva quanto fatores culturais nas pesquisas sobre os diferenciais de saúde dos idosos que incorporam enfoque de gênero⁷³.

O presente estudo focaliza estas dimensões partindo de duas idéias: a primeira é que, ao se referirem à sua saúde, homens e mulheres idosos remetem-se à significação⁷⁹; a segunda é que a criação de significados emerge das interações sociais.

Quando refletimos sobre as conexões entre a velhice, as interações sociais e o gênero, nos remetemos a Ayres⁶ que diz que “*é a alteridade vivida que nos leva a atribuir a nós mesmos o predicado de indivíduo*”. Passamos também por Vesperi⁸⁴, que concebe o envelhecer como um processo de construção cultural que concretiza o abstrato dentro do contexto das interações diárias. Prosseguimos por Degnen²⁴, que enfoca a identidade do idoso como forjada em múltiplos registros sociais e múltiplos contextos, através de experiências e ações no mundo social. A conclusão indubitável é que ser velho é um conceito relacional. Os significados das experiências na velhice são construídos passo a passo em negociações e interações e conforme as dinâmicas sociais.

Continuando a refletir sobre o caráter relacional do envelhecimento, procuramos outros trabalhos que nos esclarecessem sobre a interseção entre envelhecimento e gênero. Encontramos interlocução em alguns estudos que sublinham a perspectiva de gênero como forma particular de construção da alteridade⁷⁴, bem como em outros que realçam elementos tais como singularidade e diversidade³². Ainda outros estudos optam por focar os paradoxos e contradições do envelhecimento em detrimento do gênero^{7,18}.

Para trabalharmos a interseção gênero, envelhecimento e saúde retomamos a literatura disponível e observamos que ela nos fornece bastante dados sobre a influência da socialização de gêneros nos processos de saúde enquanto os sujeitos estão em idade produtiva^{58,65,69}, mas ainda se conhece relativamente pouco sobre as singularidades dos

coletivos masculino e feminino nonexo saúde-sociedade quando estes indivíduos se encontram envelhecidos.

Há mesmo autores, como Silver⁷⁵, que acreditam que a questão gênero seja menos central como princípio organizador no envelhecimento. Alguns⁷ argumentam que o nivelamento de diferenciais de poder e de status social que ocorre entre homens e mulheres idosos ocasionaria o enfraquecimento das expectativas tradicionais baseadas no gênero. O resultado seria uma maior flexibilidade de papéis. Focando especificamente a interação social, Silver⁷⁵ acredita que os indivíduos se baseiam menos no gênero para definir sua identidade.

Contudo, quando nos detemos especificamente na relação gênero e envelhecimento, acreditamos que a sua relação com os construtos de identidade individual e coletiva em saúde continua a ser perpassada pelas expectativas derivadas da cultura. Ao reportar sobre sua saúde, os idosos utilizam interpretações originadas de discursos culturais e de experiências pessoais e compartilhadas⁵⁹. A saúde e a doença são por eles definidas em função de sua vinculação a lógicas e significados atribuídos a componentes físicos, culturais, afetivos e sócio-históricos e interconectados em redes⁸². Essa associação dos temas cultura, gênero, saúde e velhice, no entanto, ainda é insuficiente nos estudos qualitativos²⁷. Especificamente com relação ao impacto do gênero sobre as auto-avaliações de saúde de indivíduos idosos, grande parte dos estudos qualitativos realizados foca apenas o aspecto dicotômico positivo ou negativo das avaliações, reportando não haver diferenças consistentes de gênero. Tais estudos não especificam quais são os elementos utilizados por homens e mulheres idosos na auto-avaliação de saúde como “boa”, “razoável” ou “ruim”, sob quais circunstâncias ela acontece e qual o impacto das concepções de saúde sobre o seu comportamento.

De acordo com Neri⁶⁶ e Uchôa⁷⁹, as crenças e atitudes são mediadoras das ações em saúde. Como a cada ano novos idosos são incorporados à população brasileira, constituindo potenciais consumidores de serviços de saúde e de assistência^{13,52,53}, desvendar os significados das concepções de saúde segundo o gênero possibilita melhor compreensão dos comportamentos desse segmento com relação à saúde. Desconhecer ou desconsiderar o que é diverso por natureza e por circunstâncias histórico-sociais e culturais é correr o risco de se chegar a um equilíbrio precário nas intervenções.

2 QUADRO TEÓRICO-METODOLÓGICO

O homem é um animal amarrado a uma teia de significados que de mesmo tecido.

Max Weber

O ponto de partida desta investigação foi o pressuposto de que existe certa coerência na organização das ações, percepções e interpretações relativas à saúde nos grupos de mulheres e homens idosos, bem como certa especificidade para cada um destes grupos. Para trabalharmos estas questões, utilizamos um quadro teórico-metodológico construído em torno da idéia da concepção da saúde como experiência individual e socialmente compartilhada.

Trabalhos demonstram que as concepções de saúde, às vezes contraditórias⁵⁷, não se restringem aos seus aspectos biomédicos, mas, enquanto fenômenos sociais, referem-se ao indivíduo em seu corpo biológico, à sociedade e às relações sociais¹⁷.

Os primeiros estudos que tratam a saúde como realidade social foram realizados por Parsons⁷⁰. Apesar da análise ser macro-social e funcionalista, estes estudos prepararam o caminho para outros que privilegiam a experiência subjetiva da saúde^{32,77}, incluindo julgamento e interpretação². Da parte do indivíduo, o senso comum serve de base para a interpretação da própria saúde, traduzindo-se em uma forma de conhecimento eminentemente prático, manipulada e negociada de diversas maneiras¹⁷.

Este processo de interpretação da própria saúde passa por códigos de referência que, segundo Good & Good³³, condensam interconexões de uma rede de símbolos e experiências significantes, as quais refletem e provocam formas de relações sociais³⁵. Kleinman et al.⁴⁷ postulam que a organização das experiências de bem-estar/ mal-estar pelo indivíduo e seu grupo permite a eles exercer o controle sobre elas e manejá-las. Toda essa organização é fundamentalmente dialógica, estabelecendo uma relação de qualidade entre as ordens biológica, individual e social³⁵.

No final dos anos 70, a questão da saúde enquanto experiência individual e socialmente compartilhada passa a ser objeto da corrente interpretativa da antropologia médica, entre outras. Good^{34,35}, Good & Good³³ e Kleinman⁴⁷, expoentes desta corrente, entendem que o processo saúde-doença é fortemente influenciado pelos sistemas de significados empregados pelo sujeito e seu grupo⁴⁷. As trajetórias de saúde-doença são, assim, consideradas produtos de significados e práticas interpretativas interagindo com os processos sociais, psicológicos e fisiológicos. Elementos cognitivos, afetivos e experienciais se articulam sobre o universo das relações sociais e das configurações

culturais, governando a percepção, a explicação e a valoração do desconforto. Este processo de ressignificação da experiência do processo saúde-doença é, segundo Geertz²⁹, espontâneo e inconsciente, sendo que as redes semânticas que o constituem se caracterizam como estruturas profundas que permanecem fora do conhecimento cultural explícito e da consciência, e apresentam-se como naturais¹.

Estes autores nos fornecem, assim, os elementos-chave de um quadro teórico e metodológico para a análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde. De acordo com Uchôa e Vidal⁸¹, os trabalhos de Kleinman e Good, em específico, reinscrevem as crenças, as normas de comportamento e as expectativas referentes à saúde no contexto mais amplo de normas e valores que predominam em uma sociedade. Nesta perspectiva, a tradução da ressignificação da experiência da saúde-doença em ação torna-se normativa, porquanto é limitada por regras fornecidas pela cultura, produzindo respostas múltiplas^{35,47}.

Em termos metodológicos, segundo Alves e Rabelo³, priorizar a experiência no processo saúde-doença significa deslocar o foco de análise dos sistemas de representação e das atividades cognitivas dos sujeitos para os modos de atenção e envolvimento em situações que solicitam e engajam o corpo. De acordo com Bibeau¹⁰, o comportamento precede a crença.

Visando uma articulação entre ações individuais, códigos culturais, contexto macrossocial e determinação histórica e partindo das perspectivas crítica e interpretativa da antropologia médica, alguns autores propõem uma teoria de significação em saúde^{9,10,11,21,22,80}. Estes autores elaboram o modelo antropológico de análise dos *Signos, Significados e Ações* que objetiva um diálogo entre a particularidade dos comportamentos em relação à saúde e a generalidade do modelo biomédico. Tendo como ponto de partida metodológico o comportamento individual (o corpo em ação), o modelo dos *Signos, Significados e Ações* busca uma sistematização dos diversos elementos do contexto que influenciam a concretização de lógicas culturais subjacentes em comportamentos, invertendo o sentido usual dos estudos de representações⁸¹.

Para a construção deste modelo de análise, Corin e Bibeau^{9,10,11,23} se valem de dois conceitos. O primeiro diz respeito a uma definição de cultura articulada por Geertz²⁹, onde ela é concebida como sendo o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações. O segundo se refere à

compreensão dos significados como ela é preconizada por Heidegger³⁸: algo que ultrapassa a tomada de conhecimento do que se compreendeu.

Segundo Heidegger³⁷, existimos numa disposição afetiva que nos dota de uma compreensibilidade anterior à dimensão cognitiva e da consciência e, toda compreensão guarda em si a possibilidade de interpretação, isto é, de uma apropriação do que se compreende. O ato de interpretar é definido por Heidegger como elaborar as possibilidades projetadas na compreensão.

Retomando o *Modelo dos Signos Significados e Ações*, acrescentamos que três princípios básicos regem a construção deste modelo antropológico de análise:

O primeiro diz respeito à concepção de que a realidade saúde-doença é formada por redes semânticas^{33,35}, onde elementos cognitivos, afetivos e experienciais se articulam. Esta concepção torna toda fala em saúde interpretativa e, portanto, passível de tradução, codificação e negociação entre os diferentes sistemas semânticos nela implicados⁸¹.

O segundo refere-se à idéia de que cada comunidade constrói de maneira específica o seu universo de problemas, marcando alguns e privilegiando esta ou aquela explicação e encorajando certo tipo de reações⁸¹.

O terceiro é que existe uma continuidade entre a maneira pela qual uma comunidade percebe e interpreta seus problemas de saúde e os procedimentos que ela desenvolve para resolvê-los²⁰.

Mais precisamente, o modelo dos *Signos, Significados e Ações* procura, através da análise de relatos, identificar os signos, ou seja, os comportamentos associados à saúde, os significados, ou seja, as explicações que são privilegiadas frente a esses signos, como também visa a identificação das reações que predominam⁸¹.

Neste modelo, o signo representa a realidade sob um ângulo particular determinado pela moldura cultural do intérprete e pelo conhecimento compartilhado pela comunidade²³ e o material utilizado, a palavra que expressa a fala cotidiana, é considerado como produto da pertinência do sujeito a uma rede de sistemas de valores, normas, símbolos e representações.

O esquema analítico deste modelo^{9,11,19,21} é baseado em dois conceitos-chave: o conceito de condições estruturantes e o de experiências organizadoras coletivas. As condições estruturantes dizem respeito aos elementos do macrocontexto que modulam e

limitam as respostas e as experiências organizadoras coletivas se referem aos elementos simbólicos responsáveis pelo sistema de valores compartilhados^{11,19,22}.

A proposta metodológica de tal modelo é que o enfoque analítico ocorra sempre em dois planos: o plano cultural, que engloba as experiências moduladas pela cultura; e o plano subjetivo, que destaca as singularidades das vivências e atribuições de sentido^{1,11,19}.

Como estratégia metodológica, os autores^{11,21,23} sugerem, primeiramente, uma leitura macrossocial e histórica, seguida de uma análise dos critérios locais de definição e identificação de saúde e reação social, prevendo uma delimitação do campo semântico. O objetivo da identificação das descrições significativas, é fornecer elementos para a reconstrução de comportamentos⁸¹.

De acordo com Corin²³, o processo de identificação e interpretação dos signos saúde-doença é de natureza contextual em dois sentidos: (1) estes fenômenos existem como signos dentro de uma moldura cultural que influencia seu significado; e (2) como intérpretes, nós pesquisadores também ocupamos uma moldura cultural específica que influencia nossa observação, identificação e interpretação do fenômeno. (De modo a ultrapassar esta última questão, Ricoeur⁷² propõe que a análise inclua um diálogo entre a nossa própria representação e a do outro.)

Como estratégia de análise, parte-se de processos lógicos dominantes em cada contexto (categorias populares e descrições); neste estudo, especificamente, para investigar os diferentes fatores que intervêm na atribuição de significados aos eventos de saúde e doença entre homens e mulheres idosas. Isto significa integrar a dimensão contextual à abordagem da saúde, tornando possível reconhecer a influência das características sociais e culturais das populações específicas sobre as percepções, interpretações e ações no campo da saúde⁸¹.

Partindo do postulado semiológico de não-equivalência entre signo e realidade e consciente das limitações presentes no ato de interpretar, o presente estudo objetiva chegar à compreensão dos elementos que regem a auto-avaliação de saúde por idosos através da interpretação do conteúdo dos discursos dentro de um quadro de referência que transcende o nível individual e a mensagem manifesta⁶⁰.

A adoção do modelo de análise dos *Signos, Significados e Ações*^{19,20,21,22} possibilitou a investigação dos dados relativos à percepção da saúde em idosos, como eles se organizam, adquirem significado e guiam as suas ações.

Alguns diretivos nos conduziram durante o processo de identificação e significação: (1) os significados estarem diretamente relacionados aos dados; (2) os significados estarem

presentes na interface da análise e da interpretação desses dados; (3) o processo de análise e interpretação ser interativo e não linear; (4) os significados se tornarem mais claros e mais amplos através de uma reflexão-diálogo entre epistemologia, teoria, método e prática; (5) a consciência de nossa própria perspectiva e visão de mundo estar presente neste processo.

Partindo desse arcabouço, nos alicerçamos em uma discussão entre identidade e universalidade ao objetivarmos conhecer os elementos culturais do processo de construção da auto-avaliação de saúde do idoso, compreender como estes elementos servem de base para esta construção, verificar se estes elementos divergem segundo o gênero, que categorias englobam e o que estas categorias e valores significam para estas pessoas.

A interpretação dos relatos, obtidos por meio de entrevistas com homens e mulheres idosas, com relação à interação saúde e gênero, nos permitiu buscar a compreensão dos modos compartilhados e específicos pelos quais estes idosos identificam, atribuem significados e fazem escolhas em relação ao comportamento em saúde.

O presente estudo é constituído de dois artigos científicos e esta forma de apresentação está em conformidade com o que estabelece o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Ele foi submetido e aprovado pelo comitê de Ética em pesquisa do CPqRR/ FIOCRUZ e financiado pela FAPEMIG.

Os dois artigos tratam da auto-avaliação de saúde por idosos (60 anos ou mais), residentes em comunidade, numa abordagem antropológica.

O primeiro artigo, aceito para publicação na Revista de Saúde Pública em 25 de maio de 2009, intitulado “O papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso”, apresenta os resultados da busca da compreensão dos elementos que participam da auto-avaliação da saúde do idoso e de como esses elementos se articulam na sua construção social coletiva.

O segundo artigo, denominado “A autonomia e a auto-avaliação da saúde do idoso: a influência do gênero”, apresenta os resultados da busca do conhecimento e da compreensão do papel do gênero nas auto-avaliações de saúde de idosos e nos comportamentos em saúde.

Ambos os artigos estão formatados de modo a se adequarem ao conjunto da obra.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Este trabalho foi desenvolvido na cidade de Bambuí, de 21.850.000 habitantes em 2007, situada a oeste do Estado de Minas Gerais. As principais atividades econômicas desta cidade são a agricultura, pecuária leiteira e comércio. O fenômeno de urbanização ocorrido no Brasil após 1950 pode ser verificado neste município: a população rural que representava 84% em 1950 passou para 27% em 1991. A composição etária da população também se alterou, 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%, em 1991 para 9,3% e para cerca de 10% em 2007. Entre os habitantes de ≥ 60 years, 19% têm plano privado de saúde e 81% estão sob cobertura exclusiva do sistema público de saúde. Na cidade existe um hospital geral com 62 leitos, um médico para 1000 habitantes, e 01 psiquiatra. Está implantado na cidade o Programa de Saúde da Família que conta com 6 equipes.

A religião predominante é a católica. O grau de escolaridade entre os idosos varia de sem escolaridade formal a superior completo, estando a maioria deles entre sem escolaridade formal a quarta série do primeiro grau completo. A maioria dos idosos é proveniente de área rural.

A sociedade pesquisada é típica interiorana de Minas Gerais, tradicionalmente marcada pela estrutura de produção, em que mulheres e homens ocupam, respectivamente, o espaço da casa e o mundo da rua. Neste contexto, no sentido antropológico, a definição de saúde desta população é fortemente influenciada pelas condições estruturantes (termo utilizado aqui não no seu sentido funcionalista de imposição, mas com o sentido dual de regras, limites e recursos, possibilidades) e pelas experiências organizadoras coletivas que delimitam os sistemas de significados empregados pelo sujeito e seu grupo. No sentido marxista, as práticas sociais fundamentam as relações de gênero atuantes nesta auto-avaliação.

De forte tradição religiosa, a população entrevistada guarda uma organização social que é baseada numa divisão moral de atributos femininos e masculinos bem definidos e marcados por gênero. Esta divisão é preservada ao longo da velhice, resultando que as mulheres idosas, na sua maioria, dedicam-se a trabalhos domésticos, enquanto os homens procuram manter sua visibilidade através do trabalho e do cultivo das relações sociais no contexto social mais amplo.

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO 1

Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola-Filho AI e Uchoa E, 2010. O Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*; 44(1):159-65

O PAPEL DA AUTONOMIA NA AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO

Maria das Graças Uchôa Penido Fonseca^{1,2}; Josélia Oliveira Araújo Firmo²; Antônio Ignácio Loyola Filho² e Elizabeth Uchôa²

¹ Curso de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz.

² Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Correspondência:

Maria das Graças Uchôa Penido Fonseca - Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz.

Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto, Belo Horizonte, MG, 30190-002, Brasil.

E-mail: mgupf@cpqrr.fiocruz.br

Financiamento: FAPEMIG

4.1.1 RESUMO

OBJETIVO: Compreender os significados atribuídos à auto-avaliação de saúde do idoso.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo qualitativo realizado com 17 idosos (\geq 70 anos), de ambos os sexos residentes em Bambuí (MG), em 2008. Foi utilizada abordagem antropológica baseada no modelo de signos, significados e ações, que relaciona ações individuais, códigos culturais e contexto macrossocial. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas centradas na auto-avaliação da saúde, descrição de saúde “boa” e saúde “ruim” e nos critérios utilizados pelos idosos na auto-avaliação da saúde.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: A idéia organizadora dos relatos vincula a auto-avaliação da saúde do idoso às lógicas “participar da vida” e “ancoragem à vida”. A primeira tem a autonomia como fio condutor, englobando as seguintes categorias: permanecer ativo dentro das capacidades funcionais instrumentais avançadas, ser dono da própria vida (como oposição a ser dependente), ser capaz de resolver problemas e poder agir como desejar. A segunda lógica unifica as seguintes categorias: capacidade de interação, estar engajado em relações significativas e poder contar com familiares, amigos ou vizinhos.

CONCLUSÕES: A saúde é entendida pelos idosos como ter autonomia no exercício de competências funcionais demandadas pela sociedade, tais como capacidade de responder às obrigações familiares e capacidade de desempenhar papéis sociais. Ao definir sua saúde como “boa” ou “razoável”, o idoso não se caracteriza como pessoa livre de doenças, mas como sujeito capaz de agir sobre o ambiente.

DESCRITORES:

Saúde do idoso. Auto-Avaliação da saúde. Autonomia. Conhecimentos, atitudes e práticas

4.1.2 ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the meanings attributed to self-assessment of health by the elderly.

METHODS: Qualitative study performed with 17 elderly individuals (≥ 70 years of age) of both sexes, living in the city of Bambuí, MG, Brazil, in 2008. An anthropological approach based on the model of signs, meanings and actions, which associates individual actions, cultural codes and the macro-social context, was used. Semi-structured interviews were conducted, focusing on self-assessment of health, description of health as “good” and “poor” and the criteria used by the elderly to rate their own health.

ANALYSIS OF RESULTS: The idea organizing reports associates self-assessment of health by the elderly with the “participating in life” and “being anchored in life” logics. The first logic has autonomy as its basic line of thinking, including the following categories: remaining active within advanced instrumental and functional abilities, being in charge of one’s life (as opposed to being dependent on others), being able to solve problems and acting at will. The second logic unites the following categories: being able to interact, being engaged in meaningful relationships and being able to rely on family members, friends and neighbors.

CONCLUSIONS: The present study revealed that health is understood by the elderly as having autonomy in the exercise of functional abilities required by society, such as the ability to meet family obligations and the ability to perform social roles. By defining their health as good or fair, the elderly individual is not characterized as someone free from diseases, but rather able to act over the environment.

DESCRIPTORS:

Health of the Elderly. Self Assessment. Personal Autonomy. Health Knowledge, Attitudes, Practices.

4.1.3 INTRODUÇÃO

Desde os anos 50, a pesquisa epidemiológica tem focalizado os determinantes e as consequências da auto-avaliação de saúde em idosos, reconhecendo-a como um indicador de qualidade de vida, da morbidade e do declínio físico, além de considerá-la como um robusto preditor da mortalidade¹⁴.

No entanto, devido à natureza subjetiva da auto-avaliação da saúde, os estudos epidemiológicos não esclarecem quais elementos fazem parte desta avaliação, quais critérios são utilizados na sua construção e quais dimensões da saúde o idoso considera quando avalia sua própria saúde. Outro ponto é a discordância de resultados entre as auto-avaliações de saúde e dados objetivos de saúde, relatada por estudos epidemiológicos sobre envelhecimento nas últimas décadas. Alguns autores justificam que em idades avançadas, a auto-avaliação de saúde resulta mais de processos interpretativos ativos^{14,15}.

Ao avaliar sua saúde, o idoso muitas vezes confunde e superpõe envelhecimento, saúde e doença. Esta avaliação irá variar segundo o significado atribuído e a lógica do momento sócio histórico, a qual incorpora uma variedade de componentes físicos, culturais e afetivos. Nesse processo, são confundidos fatores médicos e não-médicos, sobre um emaranhado de teias tecidas a partir de seu processo biopsíquico, de suas condições sociais e de sua interação com o seu grupo. Alves¹ sugere que, ao atribuir uma qualidade à sua saúde e à sua doença, o idoso se refira a uma realidade com bases em processos significativos intersubjetivamente compartilhados. Partindo dos dizeres de Ayres², de que é a alteridade vivida que nos define como indivíduos, pressupomos que a (re)construção social do idoso como sujeito perpasse por esta racionalidade.

No que tange às práticas de saúde, esta problematização pode ser vista sob dois aspectos. Um é pragmático e diz respeito à existência de certa coerência entre a escolha de critérios de avaliação da própria saúde pelos idosos e a organização das ações relativas à sua saúde. O outro se refere ao caráter relacional da atribuição de significados à saúde e à doença, gerando critérios compartilhados de avaliação¹.

Estas evidências pressupõem uma análise cuja lógica está na apreensão dos significados subjacentes às estratégias compartilhadas. Isto significa ter a cultura como o quadro de referência, a qual modela e dá significado à realidade. Segundo Geertz¹¹, a cultura é em si “um universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações”.

O presente trabalho tem como objetivo conhecer os elementos que participam do processo de construção do significado de saúde e doença para o idoso e como esses elementos se articulam na construção social do idoso enquanto sujeito.

4.1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo faz parte do Projeto Bambuí, desenvolvido na cidade de Bambuí, Minas Gerais, que possui uma população de aproximadamente 23.000 habitantes⁸.

Participaram do estudo 17 idosos (≥ 70 anos) de ambos os sexos (9 mulheres e 8 homens), de nível sócio- econômico variado. Os critérios de inclusão dos participantes foram: concordar em participar da pesquisa e ser capaz de dar informações claras. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação²⁰.

Os dados foram coletados nas residências dos idosos, através de entrevistas guiadas por um roteiro semi-estruturado (com duração média de 40 minutos). Os principais aspectos subjetivos relativos à saúde que compunham o roteiro foram: auto-avaliação da saúde, descrição de saúde “boa” e saúde “ruim” e critérios utilizados pelos idosos em sua auto-avaliação da saúde.

A análise dos dados foi sustentada pelo postulado semiológico de não-equivalência entre signo e realidade e pressupõe que os sujeitos idosos se remetam à significação quando avaliam sua saúde.

Para desvendar esta questão, foi utilizado o modelo de análise dos *Signos, Significados e Ações*⁶, baseado em uma teoria de significação que visa uma articulação entre ações individuais, códigos culturais, contexto macrossocial e determinação histórica⁷. A análise parte do nível pragmático para remontar ao nível semântico, promovendo um diálogo entre a particularidade dos comportamentos em relação à saúde e a generalidade do modelo biomédico, buscando as lógicas culturais subjacentes²¹.

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo comitê de Ética do CPqRR/FIOCRUZ.

4.1.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A maioria dos entrevistados definiu sua saúde como boa ou razoável, embora a maior parte apresentasse problemas objetivos de saúde que variavam em grau e intensidade. Embora algumas vezes a saúde relatada pelos entrevistados se aproxime do modelo biomédico, as lógicas “Participar da vida” e “Ancoragem à vida”, presentes nas entrevistas foram as principais categorias analíticas construídas a partir das entrevistas.

Doze idosos condicionaram o significado da saúde e da doença a “participar da vida”, especificamente à capacidade de exercer uma atividade instrumental avançada, ou seja, capacidade de trabalhar ou executar atividades de lazer. Um entrevistado, padecendo de enfisema pulmonar, deixa entrever que a sua incapacidade para o trabalho é o elemento crucial na sua auto-avaliação de saúde como muito ruim.

“...(saúde) era ruim, toda vida, toda vida é assim, mas era mais maneira, Ainda trabalhava (...). Vivia” (EH6).

Outra entrevistada ultrapassa a dicotomia saúde/trabalho, associando saúde à possibilidade de participar da vida num sentido mais amplo:

“Saúde ruim é uma pessoa que esteja acamada, uma pessoa impossibilitada de agir, de trabalhar, de alimentar e tudo o mais. (...). Mas, as outras coisas a gente vai convivendo com elas...” (EM3).

A avaliação de saúde foi relacionada à lógica “ser independente/ser dependente”, compreendida como capacidade de sobrevivência e de controle sobre as condições estruturantes do contexto. Uma entrevistada que relatou múltiplos episódios de doenças afirmou que não os mesmos não interferiram em sua saúde, pois ainda sentia-se dona de sua própria vida:

“Não, não é tanto que prejudica a minha saúde. Como eu tô te falando, eu dou conta ainda de sobreviver sozinha”(EM3).

“Resolver problemas” foi outro tema presente nos relatos. Ao avaliar sua saúde como boa, um entrevistado explicitou que isso se relacionava ao fato de exercer domínio sobre os objetos e controle sobre o seu corpo e mente, consistindo em fonte de um sentimento de realização, de competência e de atualização com o seu tempo.

“Oh, na minha saúde, eu tô com 77 anos, eu considero uma saúde boa, boa. Eu trabalho até hoje. Levanto cedo, 6 horas, 6 e meia eu tô levantando, faço meu café, vou pro meu trabalho. Eu sou aposentado, já há 17 anos e tem uma oficina ali no fundo da horta, sou mecânico. Coisa que eu acho bom é quando eu erro (...) depois eu descubro outra maneira, eu desmancho aquilo e faço de novo. Eu acho bom quando eu erro e aí eu procuro corrigir meus defeitos e consigo” (EH2).

A avaliação de saúde foi também relacionada à capacidade de identificação e avaliação de problemas e controle da própria vida.

“Olha, a minha saúde, pela minha idade, eu não posso reclamar por que eu já estou com 79 anos e ainda ando, tenho cabeça boa... Olhando

pra esse lado, eu até dou louvores a Deus (...). Mas, ultimamente tem a aparecido umas coisas que não foram do meu agrado, mas infelizmente a gente tem que aceitar devido à idade. (...) Mas eu, assim, já me acostumei tanto... que a minha vida foi assim. Eu já fiz diversas cirurgias e venho lutando contra as doenças.” (EM3)

Uma entrevistada, cujo marido está acamado há vários anos e tem filhos adultos que dela dependem, equilibrou a avaliação negativa que faz de sua saúde com sentimentos de competência na resolução dos problemas, expondo uma vinculação entre esta avaliação e sua capacidade de execução do papel social esperado pelo seu entorno. O discurso biomédico, que era a base da definição de sua saúde como precária, foi reinterpretado à luz destes sentimentos.

“Falar que eu tô boa, eu num tô não. Porque eu... já fiz cirurgia da vesícula, eu sô chagada, eu fiz cirurgia do intestino esse ano 3 vez. A última tirou um pedaço dele.(...). É uma luta dura que eu tenho, porque...ele naquela cama ali, minha filha trabalha e eu tenho que dá conta de tudo pra... trabalhar e...cuidar de tudo dentro da casa, né?(...). Eu tenho os dois filhos que moram comigo, que as mulher deles largou, que eu tenho que ter responsabilidade por eles, pra ajudar com tudo, porque um é doente, não é aposentado(...), eu tenho que ter responsabilidade do meu dinheirinho. (...) Eu tenho uma ali, ó, que ficou sem o esposo, é mãe daquele menino que passou aqui, ó. Ela bebe muito, anda sempre doente diária, ela passa muita dificuldade. (...).Porque saúde eu num tenho também não”. (EM5)

Outra lógica na associação com a saúde auto-referida se confronta com a anterior no que se refere à capacidade de execução do papel social esperado pelo entorno: “Perceber desconfiança do outro com relação à capacidade de desempenho dos papéis esperados”. Uma idosa relatou uma percepção negativa de outra pessoa a seu respeito e reagiu reafirmando sua integridade e sua capacidade de gerir a própria vida.

“Então, ele (médico) me chamou a atenção. Falou: “Mas,..., a sra precisava de ter uma consideraçõzinha com sua filha, e tal, e contar pra ela...conversar com ela sobre sua saúde, seus remédios!”. “Eu tenho a impressão que ele tá achando que eu tô começando a caducar. Mas eu não estou! (ri)” (EM8)

Ao confrontar presente e passado, uma entrevistada avaliou sua saúde a partir de um sentimento de “estranhamento” físico e afetivo a respeito de si própria, aliado a outro de descontinuidade física e afetiva:

“Eu já estou sentindo que estou enfraquecendo, sabe? Eu estou com 78 anos, então já tá dando pra fazer diferença. ...de memória, de cansaço pro serviço, desanimada pra sair. Porque eu era animada, sabe?” (EM8)

Alguns entrevistados condicionaram sua avaliação de saúde a estranhamento físico e afetivo especificamente após um episódio de doença. Uma idosa expressou sua insegurança após uma isquemia:

“Eu tive uma isquemia. Foi depois disso que minha cabeça ficou...eu fiquei com medo, sabe? Não tenho muita saúde...não sinto segura pra andar sozinha mais não. Aí eu saio segurando no braço, nem com uma bengala eu não ando.” (EM6)

A associação entre ter saúde e capacidade de interação com outros, estar engajados em relações significativas e poder contar com familiares, amigos ou vizinhos, foi categorizada sob a lógica “ancoragem à vida”, conforme ilustrado no relato de uma entrevistada:

“Olha, primeira coisa. Eu tenho um apoio muito grande dos meus filhos. Eles três mora lá em B.H.(Belo Horizonte) e uma mora aqui. E ele (companheiro) também me apóia muito.(...) Acho que a saúde da gente é a gente ter um pouco de alegria. Um pouco de fortaleza. Conversar com um, conversar com outro. Brincar, né? (...) a vizinha ali (...), ela pula para cá. Nós até pusemos uma escadinha lá.” (EM1)

Surge também, incorporada à idéia de “ancoragem” como o reverso da moeda, a contraposição das contingências familiares do idoso em detrimento de suas necessidades como indivíduo. Um entrevistado, que deveria se ausentar da cidade para exames de próstata, revelou seu dilema entre a necessidade de ficar e atender a seu filho inválido e a liberdade de exercer o cuidado da própria saúde:

“Tô com quase 84 anos agora. Aí, mas o meu problema... num é a saúde, é isso aqui...(...) Até eu num tava querendo ir não, sabe? Mas eu vou ter que dá um jeito de ir.(...). Mas como é que eu vou deixar esse menino? O remédio dele é controlado. A gente tem que vigiar ele.” (EH5)

Outra lógica pertencente à “categoria ancoragem” à vida significando sua antítese na associação com a saúde, é “saúde ruim ligada a amolação, contrariedade”, definida aqui como algo que ultrapassa a capacidade de resolução do idoso. A associação entre saúde e “amolação” é ilustrada no relato de um entrevistado que revelou seu medo de adoecer seriamente devido a contrariedades:

“Qualquer coisa que fazem comigo, assim que...eu começo a sentir, sabe, meu corpo treme e amolece, sabe? Que eu tenho medo dum derrame, né? Tô com quase 84 ano”.(EH5)

Referindo-se a um filho que lhe traz muita contrariedade, este entrevistado esclarece esta associação:

“Mas é essas coisa que tá fazendo a gente adoecer, né. É amolação, contrariedade! Amolação e contrariedade é uma só.”(EH5)

4.1.6 CONCLUSÕES

As lógicas sobre os significados de saúde e doença gerados pelos idosos referem-se não a analogias ou igualdades, mas a afinidades e similitudes de idéias. As idéias agrupadas em torno das categorias analíticas “participar da vida” e “ancoragem à vida” sobressaem como as mais utilizadas pelos idosos para avaliar sua saúde. Estas idéias privilegiam a questão de que, em idade avançada, homens e mulheres pautam suas avaliações de saúde por atributos psicossociais e modos de vida.

Fica claro que as idéias dos idosos sobre saúde se originam de uma articulação de processos comunicativos, apontando para o caráter relacional da saúde. Tais idéias revelam-se orientadas por códigos culturalmente construídos e se submetem a padrões de julgamento definidos pelo contexto social. O caráter relacional da saúde foi também descrito por outros autores^{9,13,16}. A visão compartilhada de saúde expressa pelos idosos entrevistados é, a princípio, positiva e toma a forma de descrições de indivíduos capazes de exercer controle sobre as condições estruturantes do contexto e confiantes nas suas relações com os outros significantes. No entanto, os relatos revelam que esta auto-avaliação positiva de saúde encobre certo esforço do idoso no sentido de permanecer ativo, preservar sua identidade intersubjetiva e seu papel no grupo (como no caso da entrevistada que define sua saúde como boa, insiste em gerir sua própria vida, mas, ao mesmo, percebe certo estranhamento do outro em relação a suas capacidades). A idéia mais presente nas entrevistas vincula a compreensão da saúde a permanecer ativo dentro das capacidades físicas e de mobilidade e executar os próprios desígnios. Esta lógica se apresenta em comunidade de idosos de áreas urbanas e rurais de outros países¹³. Para fins de análise, ela foi trabalhada sob o termo “participar da vida”,

usado por Borglin et al³ para significar que a participação ativa na vida diária traz aos idosos sentimentos de serem necessários e de estarem em compasso com o seu tempo.

As idéias reunidas em torno deste tema relacionam-se à capacidade do idoso de realizar atividades funcionais instrumentais avançadas, ser dono da própria vida (como oposição a ser dependente), ser capaz de resolver problemas e ter um sentimento de poder agir como desejar. Estas lógicas assemelham-se à definição de autonomia utilizada pela literatura gerontológica, ou seja, a habilidade de fazer julgamentos e de agir. Dentre elas, a capacidade funcional revela-se como uma das unidades mais significativas para a compreensão da saúde. O termo capacidade funcional é definido por Caldas⁴ como a capacidade de um indivíduo de realizar atividades que lhe são requeridas por seu entorno imediato e se adaptar aos problemas cotidianos. Segundo Caldas⁴, estas atividades se dividem em três eixos: atividades básicas da vida diária (tarefas próprias do auto-cuidado), atividades instrumentais da vida diária, significando indicativas para levar uma vida independente na comunidade (realizar tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro) e atividades avançadas da vida diária (trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercícios físicos). Pitaud¹⁷ relaciona a realização destas atividades à independência. No presente trabalho, as atividades instrumentais e as atividades avançadas foram as mais valorizadas pelo idoso em sua auto-avaliação de saúde.

As idéias que emergem relativas à associação entre saúde e capacidade de realizar atividades funcionais instrumentais avançadas e ser capaz de resolver problemas ligam-se indissoluvelmente à idéia “ser dono da própria vida como oposto a ser dependente”. Segundo Caldas⁴, o termo dependência está vinculado a fragilidade, definida por Hazzard et al¹² como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente reduzindo sua capacidade de adaptação ao mesmo. Por oposição, o termo “ser dono da própria vida” na perspectiva de uma lógica emergente em sua associação com a saúde auto-referida, implica na adequação do corpo às demandas do entorno. Nossos achados assemelham-se aos de outros estudos^{13,18}. Para Hinck¹³, a saúde é definida em termos de habilidade funcional e, para Rosa et al¹⁸ a manutenção desta habilidade pode estar relacionada à capacidade do idoso se manter independente e integrado à comunidade. Dessa forma, “ser dono da própria vida” como oposto a ser dependente, resolver problemas e ser capaz de executar o papel social esperado pelo seu entorno, são lógicas construídas pelos idosos com base em um corpo e uma mente que atendem às suas expectativas e, como tal, guiam sua compreensão da própria saúde.

No entanto, paralelamente a avaliações da saúde segundo o critério biomédico, ocorrem reinterpretações das mesmas segundo critérios compartilhados pelo grupo relativos a capacidades e competências nas respostas às expectativas do entorno. Muitas vezes em

situação de saúde precária, capacidades físicas e mentais são submetidas a julgamentos culturalmente construídos, passando a atuar como o fiel da balança da saúde. Tais capacidades e competências apresentam-se como signos de potência na fragilidade, constituindo-se ao mesmo tempo como fonte de sofrimento e de realização para o idoso, na medida em que demarcam o seu papel no entorno e confirmam sua identidade intersubjetiva.

À categoria “participar da vida” e às suas subcategorias liga-se uma outra categoria, “ancoragem à vida”. Este termo é definido por Borglin et al³ como a elaboração de estratégias pelo idoso que lhe permitem conviver com as mudanças trazidas pela idade. Reconhecemos a idéia “estar engajado em relações significativas” como uma dessas estratégias, como signo de saúde e como um dos múltiplos registros construção social para os sujeitos envelhecidos. O trabalho de Caldas e Bertero⁵ sobre envelhecimento reporta que estar engajado em relações significativas é um tema recorrente entre os idosos do Rio de Janeiro.

No presente trabalho que as lógicas “participar da vida” e “ancoragem à vida” se entrelaçam e se sobrepõem. Muitas vezes, idéias ligadas à necessidade de atender às condições estruturantes do contexto se revelam como o outro lado de “estar engajado em relações significativas”, se sobrepondo à necessidades de auto-cuidado. Assim, o idoso enfrenta uma situação dialética entre viver o sentimento de competência na resolução de problemas e viver liberdade de ação em seu sentido amplo, conforme observado nas lógicas relativas à capacidade de execução de seu papel e “saúde ruim ligada à amolação”.

Outras lógicas se revelam ligadas a capacidades e competências na resposta às regulações do contexto: “estranhamento do idoso com relação às próprias capacidades físicas ou mentais” e “percepção de descontinuidade”. Essas categorias analíticas sublinham o fato de que alterações na capacidade funcional dos idosos, na sua autonomia e a percepção de descontinuidade física e mental atuam sobre sua identidade como fator de limitação. O idoso oscila entre sentimentos de confiança e desconfiança com relação a suas capacidades, num movimento descontínuo de relatos de permanência de estado e decadência. A desconfiança na capacidade física que acompanha o envelhecimento foi relatada anteriormente por Erikson et al¹⁰ e Silver¹⁹.

As lógicas relativas a “estranhamento” e “descontinuidade” são frequentemente concomitantes e podem ser descritas como “desconfiança do outro com relação ao desempenho dos papéis esperados do idoso”. Tal lógica amplia a idéia de “estranhamento”, ultrapassando a noção de indivíduo para a noção de sujeito em congruência com o mundo externo. Neste sentido, ela foca e representa a saúde como capacidade de pertinência do idoso à comunidade. Fazer a sua parte, mesmo na presença de mudanças decorrentes do

envelhecimento, significa para os sujeitos envelhecidos manter a integridade de sua identidade intersubjetiva.

Os significados sobre saúde produzidos pelos idosos podem ser elementos organizadores de uma construção social coletiva do idoso. Conexões de sentimentos de realização e de completude a sentimentos de limitação seriam elementos identificadores desta construção, implicando na necessidade de manutenção de um delicado equilíbrio. Sob esta ótica, as auto-definições de saúde dos idosos, bem como os comportamentos e estratégias adotados, tornam-se significativos e coerentes.

Em conclusão, um sujeito envelhecido, ao definir sua saúde como boa ou razoável, não se caracteriza como um indivíduo livre de doenças, mas como um ser intersubjetivo que reclama para si a liberdade de elaborar conhecimento sobre o significado de sua saúde. O vislumbre desta realidade nos leva a considerar esta fase da vida como não só de fragilidade e dependência, mas também de expressão de capacidades e competências. Tudo indica que os idosos reclamam seu lugar estratégico na sociedade, tanto como atores de seu percurso quanto como autores de conhecimento sobre sua saúde.

4.1.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad Saude Publica*.1993;9(3):263-71. DOI:10.1590/S0102-311X1993000300014
2. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticasde saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2001;6(1):63-72.DOI:10.1590/S1413-81232001000100005
3. Borglin G, Edberg A-K, Hallberg IR. The experience of quality of life among older people. *J Aging Stud*. 2005;19(2):201-20. DOI:10.1016/j.jaging.2004.04.001
4. Caldas CP. Envelhecimento com dependência:responsabilidades e demandas da família. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):773-81. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300009
5. Caldas CP, Bertero CM. Living as an oldest old in Rio de Janeiro: the lived experience told. *Nurs Sci Q*.2007;20(4):376-82. DOI:10.1177/0894318407306542
6. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumare B. Articulationet variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathol Afr*. 1992;24:183-204.7. Corin E. The cultural frame: context and meaning in the construction of health. In: Amick III BC, Levine S,Tarlow AR, Walsh DC, editors. *Society and health*. NewYork: Oxford University Press; 1995. p. 272-304.
8. Costa MFFL, Uchôa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto SM. The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):126-35. DOI:10.1590/S0034-89102000000200005

9. Degnen C. Minding the gap: the construction of old age and oldness amongst peers. *J Aging Stud.*2007;21(1):69-80. DOI:10.1016/j.jaging.2006.02.001
10. Erikson EH, Erikson JM, Kivnick Q. *Vital involvement in old age: the experience of old age in our time.* New York: W.W. Norton; 1986.
11. Geertz C. *The interpretation of cultures.* New York:Basic Books; 1973.
12. Hazzard WR, Breman EL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB. *Principles of geriatric medicine and gerontology.* 3.ed. New York: McGraw Hill; 1994.
13. Hinck S. The lived experience of oldest-old rural adults. *Qual Health Res.* 2004;14(6):779-91.DOI:10.1177/1049732304265774
14. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality:a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997;38(1):21-37. DOI:10.2307/2955359
15. Jylhä M. Self-rated health revisited: exploring survey interview episodes with elderly respondents. *Soc Sci Med.* 1994;39(7):983-90. DOI:10.1016/0277-9536(94)90209-7
16. McMullen CK, Luborsky MR. Self-rated health appraisal as cultural and identity process: African American elders'health and evaluative rationales. *Gerontologist.* 2006;46(4):431-8.
17. Pitaud P. La dependencia y su prise em charge (responsabilidad) em Francia. In: Moragas RM,organizador. *El reto de la dependencia al envejecer.*Barcelona: Heder; 1999. p. 17-30.
18. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Publica;* 2003;37(1):40-8.DOI:10.1590/S0034-89102003000100008
19. Silver CB. Gender identities in old age: Toward (de) gendering? *J Aging Stud.* 2003;17(4):379-97.DOI:10.1016/S0890-4065(03)00059-8
20. Turato ER. *Tratado da metodologia clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.*2. ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
21. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica:elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad SaudePublica,* 1994;10(4):497-504. DOI:10.1590/S0102-311X1994000400010

Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais –FAPEMIG – Edital Universal (Processo nº: CDS - APQ-00484).

4.2 ARTIGO 2

Fonseca MGUP^{1,2}; Uchôa E²; Loyola Filho AI² e Firmo JOA². A autonomia e a auto-avaliação da saúde do idoso: a influência do gênero. Revista de Saúde Pública (submetido)

A autonomia e a auto-avaliação da saúde do idoso: a influência do gênero

Maria das Graças Uchôa Penido Fonseca^{1,2}; Elizabeth Uchôa²; Antônio Ignácio Loyola Filho² e Josélia Oliveira Araújo Firmo².

¹ Curso de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz.

² Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Correspondência:

Maria das Graças Uchôa Penido Fonseca - Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz.

Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto, Belo Horizonte, MG, 30190-002, Brasil.

E-mail: mgupf@cpqrr.fiocruz.br

Financiamento: FAPEMIG

4.2.1 RESUMO

OBJETIVO: Compreender o papel do gênero nas auto-avaliações de saúde de idosos e nos comportamentos em saúde.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO: Estudo qualitativo realizado com 17 idosos (70≥ anos) de ambos os sexos, residentes em Bambuí, M.G., em 2008. Foi utilizada abordagem antropológica baseada no modelo de signos, significados e ações, que relaciona ações individuais, códigos culturais e contexto macrosocial. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas centradas na auto-avaliação da saúde, na descrição de saúde “boa”, “razoável” e saúde “ruim” e nos critérios utilizados pelos idosos na sua auto-avaliação de saúde.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: A capacidade funcional instrumental, identificada como a categoria principal na auto-avaliação de saúde do idoso, revelou caráter dicotômico - universal para ambos os gêneros quanto a competências (para o trabalho, de julgamento e de estabelecimento de relações sociais), e simbolicamente específico no que habilita homens e mulheres idosos para esta competências.

CONCLUSÕES: As crenças de controle sobre o contexto público ou privado atuam como condicionantes de gênero na auto-avaliação de saúde de homens e mulheres idosos. Para ambos os gêneros, a auto-avaliação da saúde se relaciona a autonomia, independência, capacidade de controle do cenário e crença de auto-eficácia, elementos que compõem a capacidade funcional instrumental para os idosos. Mas a organização destes elementos dentro de um cenário específico (público, para o homem e privado, para a mulher) e os significados a eles atribuídos, definem as concepções de saúde por gênero.

DESCRITORES:

Saúde do idoso. Gênero. Auto-avaliação. Autonomia.

4.2.2 ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the role of gender in self-assessment of health among elderly and in their health behaviors.

METHODS: Qualitative study performed with 17 elderly individuals (≥ 70 years of age) of both sexes, living in the city of Bambuí, MG, Brazil, in 2008. An anthropological approach based on the model of signs, meanings and actions, which associates individual actions, cultural codes and the macro-social context, was used. Semi-structured interviews were conducted, focusing on self-assessment of health, description of health as “good” and “poor” and the criteria used by the elderly to rate their own health.

ANALYSIS OF RESULTS: Instrumental functional capacity was identified as the organizing idea in self-assessment of health among the elderly. This logic presented a dichotomic character - universal in what competence is concerned (for work, judgment and establishment of social relationships), and symbolically specific in what enables old men and women to exercise that competence.

CONCLUSIONS: The present study revealed that beliefs of control over public or private context function as gender conditioners in self-assessment of health of old men and women. For both genders self-assessment of health is related to autonomy, independence, capacity to control the scenery and belief of self-efficacy. It is the organization of the elements of instrumental functional capacity within specific scenery (public, for men, and private, for women) and the meanings attributed to these elements that differentiates conceptions of health by gender.

DESCRIPTORS:

Health of the Elderly. Gender. Self Assessment. Autonomy.

4.2.3 INTRODUÇÃO

A experiência psicossocial da saúde contida na *auto-avaliação da saúde*, e utilizada em estudos epidemiológicos¹², aponta para o caráter subjetivo da saúde e para diferenças de gênero. O termo gênero é aqui utilizado como referência aos fatores relacionados à construção do papel social de homens e mulheres²³.

A relação gênero, idade avançada e saúde tem sido preocupação de diversos autores^{3,7} e, avaliada subjetivamente, a última mostra-se multifacetada. Ao reportar sobre sua saúde, o idoso utiliza interpretações derivadas de lógicas e significados interconectados atribuídos a componentes culturais, físicos e sócio-históricos e à sua experiência pessoal e compartilhada¹⁷. Estudos revelam a importância de pesquisas que incluam essas dimensões²².

Mulheres e homens idosos são potenciais consumidores de assistência em saúde, pois apresentam uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes quando comparados a outros grupos etários². Contudo, a produção científica que aborda as singularidades dos coletivos masculino e feminino nessa faixa etária, nonexo saúde-sociedade, ainda é limitada⁷. O cenário brasileiro atual de transição demográfica acentua a desproporção entre homens e mulheres idosos no Brasil¹⁸ e o fenômeno da feminização no envelhecimento³, demandando maior compreensão a respeito do modo de ser, estar e de agir de homens e mulheres com relação à sua saúde. Entre 1940 e 2000, o número de mulheres com mais de 60 anos de idade quase duplicou, enquanto o crescimento do número de homens desta idade foi menor³.

Ainda segundo Camarano³, a mulher brasileira idosa tende a continuar ativa, seja desempenhando o seu papel social dentro da esfera privada ou assumindo o papel de provedora. Neri¹⁹ acredita que isto acarreta uma sobrecarga de responsabilidades sobre essa mulher, potencializando sua fragilidade, visto que a sua sobrevivência maior acontece concomitante a uma maior prevalência de condições incapacitantes não fatais, tais como a osteoporose, a osteoartrite e a depressão²⁴. Nesse contexto, Camarano³ deixa claro sua preocupação de que grande parte desse contingente feminino excedente, em futuro próximo, tenha que conviver com perda de autonomia e incapacidade para lidar com as atividades do cotidiano.

Sabe-se que o comportamento de controle de fatores de risco preveníveis está diretamente relacionado a incapacidades¹⁶, com impactos sobre os custos da saúde, bem como sobre a capacidade do Estado de ofertar saúde integral a seus cidadãos¹⁵. A Organização Mundial de Saúde²⁷ preconiza que a maneira como o gênero afeta as capacidades e os comportamentos de saúde dos indivíduos deve ser examinada e levada em conta no planejamento de intervenções eficazes junto a indivíduos idosos. Neste trabalho, pressupõe-se que o comportamento de saúde dos idosos seja orientado por lógicas específicas que originam

concepções de saúde e doença diferenciadas por gênero. Com base nisso, este estudo focaliza as singularidades de gênero. Utilizando metodologia qualitativa, procura compreender como a auto-avaliação da saúde do idoso é afetada por essas singularidades, produzindo comportamentos específicos.

4.2.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo é um subproduto do Projeto Bambuí, desenvolvido em 2008 na cidade de Bambuí, MG, com população de aproximadamente 23.000 habitantes.^[1]

Participaram do estudo 17 idosos (≥ 70 anos) de ambos os sexos. Os critérios de inclusão foram: concordar em participar da pesquisa e ser capaz de dar informações claras. O número foi definido pelo critério de saturação.

^[2] Os dados foram coletados nas residências dos idosos mediante entrevistas semi-estruturadas. Os principais aspectos subjetivos relativos à saúde que compunham o roteiro foram: definição de saúde boa e saúde ruim, avaliação da própria saúde, critérios utilizados na auto-avaliação de saúde.

Foi utilizado o modelo de análise dos signos, significados e ações, baseado em uma teoria de significação que visa uma articulação entre ações individuais, códigos culturais, contexto macrosocial e determinação histórica⁵. A análise parte do nível pragmático para retornar ao nível semântico, buscando as lógicas culturais subjacentes ao discurso²⁵.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz.

4.2.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A maioria dos entrevistados definiu sua saúde como boa ou razoável, embora a maior parte apresentasse problemas objetivos de saúde que variavam em intensidade. As lógicas que emergiram foram denominadas para fins de análise “Participar da vida” e “Ancoragem à vida”.

A lógica “Participar da vida” foi identificada como idéia principal na auto-avaliação de saúde dos idosos. Esta lógica associa a auto-avaliação da saúde às competências comportamentais, particularmente às capacidades instrumentais da vida diária e habilidades, significando capacidade de trabalhar, julgar, agir sobre o ambiente dentro de suas capacidades físicas e de mobilidade, ser independente.

Ao avaliar sua saúde, os homens referem-se, em sua totalidade, à capacidade de executar atividades que excedem o âmbito da família, como trabalhar, manter contatos e participar de atividades na esfera pública. A relação da saúde com o trabalho é claramente explicitada por um idoso que, apesar de aposentado, continua a trabalhar:

“Oh, na minha saúde, eu estou com 77 anos, eu considero uma saúde boa, boa. Eu trabalho até hoje.” (EH2).

Um outro entrevistado, padecendo de um problema pulmonar, deixa entrever o seu sofrimento frente à perda da competência para o trabalho.

“...(saúde) era ruim, toda vida, toda vida é assim, mas era mais “manera”, era mais “manera”..... Ainda trabalhava. (...) vivia...Eu choro, de tristeza d’eu saber que eu trabalhava, tocava minha rocinha, emprego, hoje eu não posso.” (EH6)

Outro entrevistado, que avalia sua saúde como “boa”, atribui sua boa saúde ao fato de ainda trabalhar na fazenda e participar da vida política e social da comunidade:

“Porque se eu lido na fazenda, se eu mexo com as criações e lá vai bem ... tô agüentando fazer isso até hoje... até andar a cavalo.. então (saúde) tá boa.” (...) *“Ainda aguento uma discussão boa...(ri).Me chamaram agora pra ir pro sindicato. Eu disse que não podia ir.....” (...)* *“A turma do banco vem pra cá. Trabalha e vem pra cá bater papo.” (EH1)*

Já a maioria das mulheres relaciona boa saúde à capacidade de realizar atividades no cenário doméstico, ou a ele vinculadas, tais como fazer compras e pagar contas. Uma entrevistada classifica a sua saúde como “regular”, mesmo apresentando certa debilidade, e justifica esta avaliação por ser capaz de executar tarefas domésticas:

“Tá regular, né? Como se diz...eu trabalho, eu faço as coisas dentro de casa, eu só não lavo , não passo, não varro a casa, não limpo casa, mas que diz lá no fogão tudo é por minha conta.” (EM2.)

Uma outra entrevistada, embora seja mais específica ao definir sua saúde sob a ótica de capacidades e de habilidades, vale-se de duas perspectivas. Primeiramente, ela avalia sua saúde como “não muito boa” com relação a habilidades tais como memória, e capacidades instrumentais avançadas, especificamente trabalho e recreação:

“Eu já estou sentindo que estou enfraquecendo, sabe? Eu estou com 78 anos, então já tá dando pra fazer diferença. Eu já vi que estou começando a enfraquecer. De memória, de cansaço pro serviço, desanimada pra sair. Porque eu era animada, sabe.” (EM8)

No decorrer da entrevista, entretanto, a mesma idosa redefine sua saúde como “boa”, baseada na ótica de ser capaz de desempenhar o papel social que lhe foi designado culturalmente na esfera doméstica:

“Eu acho que eu estou bem porque eu estou agindo, tô trabalhando. E satisfeita. Eu gosto de trabalhar e trabalho de boa vontade. (...) Meu costume é não deixar nada fora do lugar, sabe?” (EM8)

Homens e mulheres idosos também organizam a relação saúde e competência comportamental em torno da dialética ser independente/ser dependente.

Um entrevistado, subestimando sua condição cardíaca, avalia sua saúde como “ruim” em função de sua falta de mobilidade:

“... não dou conta de trabalhar. Eu caio na horta. (...) Então isso é que tá me martirizando mais. Mas eu sou cardíaco, sofro do coração, nunca me deu problema assim de... de quietar, de parar. Então, a única coisa que tá me atrapalhando é isso” (EH6).

Um outro tema que perpassa o significado de saúde e doença refere-se à habilidade de fazer julgamentos e resolver problemas. Os homens idosos estendem a conexão entre saúde, resolver problemas e fazer julgamentos para o âmbito público. Um entrevistado, ativo politicamente, ilustra:

“Ainda mais eu que vivo mais como o povo quase geral. Problema, eles me chamam.... Quer dizer, nessa idade que eu tô, de 80, eles ainda me usam (ri), como diz o ditado.” (EH1).

Nas mulheres idosas, a relação entre capacidade de lidar com problemas e saúde foca principalmente o cenário privado. Uma entrevistada, ao avaliar sua saúde como “razoável”, deixa clara a conexão de saúde com competência na resolução de problemas domésticos:

“(...) Ainda domino a compra, que é eu que faço, os meninos me levam, eu chego lá no supermercado, no armazém, faço a minha compra todo o mês ..” (EM2)

O discurso destas mulheres é, muitas vezes, pontuado por signos dicotômicos de fragilidade na potência e de realização no sofrimento. Como deixa entrever uma idosa que, mesmo se queixando de problemas clinicamente importantes, define sua saúde como “razoável” porque consegue lidar com o marido acamado há anos:

“tá razoável, porque... e’ uma luta dura que eu tenho, porque...ele naquela cama ali, minha filha trabalha e eu tenho que dar conta de tudo pra... trabalhar e...cuidar de tudo dentro da casa, né?” (EM5)

A outra grande lógica detectada nas entrevistas, ancoragem à vida, que associa saúde à capacidade de dar e receber apoio emocional e material e de se relacionar com outros, é comum aos idosos, mas, na elaboração de estratégias de participação social, homens e mulheres afirmam sua alteridade.

Ao relacionar saúde à rede de suporte social, a maioria das mulheres se refere ao cenário privado que, muitas vezes, além dos familiares, inclui também vizinhos. Uma entrevistada justifica a necessidade de manter outras relações significativas para permanecer saudável, apesar de priorizar o apoio do companheiro:

“Ele (o companheiro) me dá muito apoio (...). Acho que a saúde da gente é a gente ter um pouco de alegria. Um pouco de fortaleza. Conversar com um, conversar com outro. Brincar, né? E eu fico aqui dentro de casa. Porque ele já sai, né? Sai pra pescar. Eu não, eu fico aqui, pra lá e pra cá. A não ser a vizinha ali que é a M. J”. (EM1)

Mas a grande maioria delas, ao ser perguntada sobre sua saúde, associa o seu bem-estar ao suporte familiar:

“... porque a minha família, como diz, criei muito, mas tudo gosta de mim, tudo é bom pra mim. Chega dia de domingo vem tudo me vê. Isso pra mim é uma alegria, né?” (EM4)

Já os homens, quando se referem à relação entre saúde e capacidade de se relacionar, visam exclusivamente relações extra-familiares de livre escolha. Um entrevistado que apresentou no passado recente uma fase depressiva, relata a importância dos amigos na superação desta fase.

“Eu saí ali e tal, teve um dia, (...) cheguei lá tinha uns amigos, nós sentamos os três lá e “tamo” conversando. Eu “truvei” a chorar. Aí, um falou assim; “Zé, oi... Você tá doente?” Falei: “Não, tô não.” “Então você pode tratar. Tá em depressão”. “Perto dos filhos...fazendo aquela força, né? Saía, batia papo com a turma. Aí...melhorou.... Ah, importante que teve foi bater papo com a turma, parece que aquilo...fui batendo papo e aquilo foi saindo da minha cabeça, parece que aquilo foi uma vantagem muito grande pra mim.” (EH8).

4.2.6 CONCLUSÕES

O elemento central na auto-avaliação de saúde do idoso é a identificação da saúde a competências comportamentais e sociais e a ausência de saúde ao colapso dessas competências. Tais competências se enquadram na definição operacional de atividades

instrumentais avançadas da vida diária presentes na literatura gerontológica²⁰. Esta idéia, em sua plenitude, coincide com a concepção teórica de auto-eficácia de Bandura¹, que diz respeito à crença na própria capacidade para organizar e executar ações visando um fim. Deslocando-se entre o espaço privado e o espaço público, esta crença toma um caráter universal, orientando a auto-avaliação de ambos os gêneros e desempenhando um papel regulador de comportamento. Na identificação de saúde com competências encontramos também respaldo nas teorias sociológicas do envelhecimento²¹.

A idéia compartilhada por homens e mulheres idosas neste trabalho é que um indivíduo é saudável quando se julga capaz de agir sobre o ambiente, de julgar e de se relacionar, e não quando está livre de doenças. Nossos achados estão em consonância com os de Hinck¹¹, que pontua que os indivíduos idosos definem sua saúde mais em termos de sua habilidade funcional do que pelo reconhecimento de sintomas de mal-estar.

Um ponto comum entre homens e mulheres é que a relação saúde e capacidade funcional instrumental é pensada por ambos no sentido de cumprir o papel social demarcado pelo contexto sociocultural. Gonçalves⁹ já se referia à capacidade de desempenho de um papel social esperado como sinalizadora de saúde. Somente quando os idosos percebem alterações neste sentido é que um sentimento de descontinuidade e de desconfiança em relação a competência e senso de auto-integridade é levantado, deixando transparecer a necessidade de busca de cuidados. Encontramos ressonância para nossos achados nas teorias do envelhecimento¹⁴ e em Hinck¹¹, que pontuam que os contextos ambientais, o ambiente histórico e o cultural moldam pensamentos e atividades em termos de saúde. Uchôa²⁶ também considera que as auto-avaliações de saúde do idoso, além de perpassarem pelo *status* físico e funcional (o que o corpo pode fazer), se baseiam na dimensão mais ampla da capacidade de desempenho do papel social culturalmente esperado.

Ambos os gêneros organizam a relação saúde e competência comportamental em torno das idéias de autonomia e independência. Ambos fundamentam as concepções de saúde e doença na noção de autogoverno¹³ e na crença de capacidade para o trabalho, em acordo com Garcia et al.⁸. Mas, enquanto as mulheres, em sua totalidade, se referem à capacidade de executar sem ajuda as atividades instrumentais laborais do dia a dia, em concordância com a definição de independência pela literatura gerontológica⁴, os homens submetem essa lógica à eficácia para o trabalho reconhecido no cenário público.

Quando a auto-avaliação de saúde de homens e mulheres idosas se organiza em torno da capacidade de fazer julgamentos e resolver problemas, a alteridade segundo o gênero é afirmada em função das contingências socio-culturais. Ao avaliar sua saúde em torno destas capacidades, os homens visam o contexto social amplo, reafirmando a potência da identidade

do masculino mesmo em idade avançada. Já a maioria das mulheres idosas se refere ao âmbito familiar. Esta idéia de competência na avaliação e resolução de problemas está intimamente conectada a um outro aspecto do conceito de auto-eficácia¹- a crença na capacidade de gerenciamento do entorno. Não estão em jogo aqui as capacidades reais, mas os julgamentos dos idosos sobre o que são capazes de fazer com as capacidades que possuem²⁰. Essas competências significam saúde quando possíveis de serem exercidas, mesmo pontuadas por signos de fragilidade, como no caso da mulher que avalia sua saúde como razoável porque é capaz de cuidar do marido acamado.

No que concerne a relação entre suporte social, redes sociais e auto-avaliação de saúde, a literatura mostra que a família é a fonte primária de suporte social do idoso, favorecendo o seu bem-estar⁶. A literatura também mostra que os relacionamentos de idosos com amigos são particularmente benéficos no atendimento das suas necessidades afetivas²⁰. No presente trabalho, fica claro que na avaliação das mulheres idosas estão implicadas tanto as relações obrigatórias (família) quanto as de livre escolha, enquanto que para os homens os relacionamentos entre amigos tendem a ser mais funcionais no compartilhamento de experiências de vida, necessidades e apoios afetivos e mais diretamente relacionados ao bem estar.

Vale dizer que as capacidades funcionais de trabalho, de julgamento e de estabelecimento de relações sociais unificam os gêneros na auto-avaliação da saúde, muito mais do que os problemas de saúde objetivamente experimentados. Compreendemos, contudo, que, em seu conjunto, as lógicas acima delineadas revelam uma dicotomia intrínseca – são universais no que concerne às competências comportamentais para o trabalho, julgamento e estabelecimento de relações sociais, e são simbolicamente específicas de gênero no que diz respeito aos cenários a que se referem (homem-público e mulher-privado).

Por meio da organização específica por gênero dos elementos da capacidade funcional instrumental, a auto-avaliação de saúde de homens e mulheres idosos reflete respostas culturalmente adequadas às situações estruturais a que estão expostos, no sentido de crença de controle das mesmas. Segundo Neri²⁰, há um grande volume de pesquisas que refletem a influência das crenças de controle sobre as funcionalidades dos idosos. O presente trabalho assinala que, para os homens, a auto-avaliação de saúde se conecta à crença de controle do cenário público, necessário ao desempenho de atividades socialmente engajadas, enquanto que, entre as mulheres, a auto-avaliação da saúde se orienta pela crença na capacidade de realização do papel doméstico. Fica claro que ambos os gêneros associam declínio físico e mental à impossibilidade de controle do ambiente no que concerne ao exercício dos papéis

sociais propostos pela cultura. De acordo com Hage & Lorensen¹⁰, a perda de controle e de competência sobre o entorno é tipicamente experimentada por indivíduos em crise de saúde.

Em suma, a abordagem das relações de gênero na interseção saúde/envelhecimento, buscando dar conta das concepções e atitudes de homens e mulheres idosos frente à saúde, destaca o caráter de alteridade da categoria saúde auto-referida, significando que o seu uso indiscriminado como medida de saúde deve ser repensado. Os signos das concepções de saúde são os mesmos para ambos os gêneros: autonomia, independência, capacidade de controle do cenário e crença de auto-eficácia. O que diferencia estas concepções de saúde por gênero são os significados auferidos a estes signos pelos cenários onde o indivíduo atua (privado, familiar para a mulher e público para o homem). Enquanto os homens se declaram doentes quando experimentam atrofia de competências frente às demandas da sociedade como um todo, as mulheres só se declaram doentes quando não se julgam mais capazes de organizar e controlar o entorno familiar.

Tais concepções de auto-eficácia específicas por gênero impactam certamente os comportamentos relacionados à saúde de homens e mulheres idosos, exercendo um papel regulador sobre o controle de riscos preveníveis, sobre a prevenção e o controle de doenças silenciosas, como por exemplo, a adesão ou não a programas de prevenção e de promoção da saúde. Isso irá se refletir na utilização e gastos com serviços de saúde, como por exemplo, situações de saúde agudas e preveníveis que podem demandar urgência hospitalar. Reconhecer os significados de auto-eficácia associada ao gênero e ao cenário na velhice é importante para a saúde pública, pois, na medida em que forem considerados, a busca da equidade em saúde passará a refletir as necessidades diferenciadas destes grupos sociais de identidades masculinas e femininas. Por outro lado, é fundamental que também os programas preventivos de saúde considerem os significados de auto-eficácia por gênero. A “vocação” para o público do homem poderia, talvez, ser usada para estimular a sua maior participação em grupos de idosos no âmbito dos serviços formais de saúde, permitindo a identificação daqueles portadores de problemas de saúde. Seguindo o mesmo pensamento, os serviços de saúde poderiam atuar também mais efetivamente na identificação e no cuidado (preventivo ou tratamento) com a clientela idosa feminina, cujo grande contingente fica escondido no âmbito privado enquanto se julga capaz de controlá-lo.

Concluindo, o presente trabalho pode ser um alerta aos serviços de saúde quanto ao impacto das concepções de saúde diferenciadas por gênero na procura de serviços de saúde e quanto à necessidade de desenvolver estratégias de captação de uma população que demanda cuidados mas não se percebe assim.

4.2.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York. Freeman. 1997.
2. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad saude publica*, Rio de Janeiro, 19(3):773-781. 2003
3. Camarano AA.. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Est adva* 17 (49). 2003.
4. Catanach, L; Tebe JK.. The nature of elder impairment and its impact on family caregiver's health and psychological functioning. *Gerontologist*, 31 (2), 246-255. 1991.
5. Corin E. The cultural frame: context and meaning in the construction of health.. In: Amick III BC, Levine S, Tarlow AR, Walsh DC, editors. *Society and health*. New York: Oxford University Press, 272-286. 1995.
6. Erbolato RMPL. Relações sociais na velhice. In EV Freitas, L Py, AL Neri, FAX Cançado, ML Gorzoni, SM da Rocha (orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*: 957-964. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002.
7. Figueiredo MLF, Tyrrel MAR, Carvalho CMRG, Luz MHBA, Amorim FCM, Loiola NLA. As diferenças de gênero na velhice. *Rev bras enferm.*: 60(4):422-7, Brasília. 2007.
8. Garcia MAA., et al. Senior citizens in the limelight: the discourses of illness. *Interface comuni saude*. PUCCamp Ed., v.9 n.18, p537-52. 2005.
9. Gonçalves HD. Corpo doente: um estudo acerca da percepção corporal da tuberculose, pp 105-117. In LFD Duarte & OF Leal (org) *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas*. Fiocruz, Rio de Janeiro. 1998.
10. Hage AM, Lorensen M. A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. *Nurs philos*, 6, 235-246. Blackwell Publishing Ltda. 2005.
11. Hinck S. The Lived Experience of Oldest-Old Rural Adults. *Quali Health Res*, vol. 14, No.6, 779-791. 2004.
12. Idler E., Leventhal H., McLaughlin J and Leventhal E. In sickness but not in health: Self-ratings, identity and mortality. *J health soc behav*, 45:336-56. 2004.
13. Kane RA. Personal autonomy for residents in long-term care; concepts and issues of measurement. In JE. Birren; JE Lubben, JC Rowe; DE Deutchman (eds). *The concept and measurement of quality of life in frail elderly*: 316-34. San Diego: Academic Press. 1991.
14. Kart CS. Sociological theories of aging. *The realities of aging: an introduction to gerontology*. Boston: Alley & Bacon, 199-231. 1997.

- 15.Kronenfeld JK. Changing conceptions of health and life course concepts. *Health: An interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*.SAGE Publication. London, Thousand Oaks and New Delhi. 2006. DOI: 10.1177/1363459306067316 1363-4593;vol10(4):501-517. Downloaded from <http://sagepub.com> at Fundação Oswaldo Cruz Fiocruz on April 8,2009.
- 16.Lima-Costa MFF & Veras R. 2003a. Saúde pública e Envelhecimento. *Cad saude publica*, Rio de Janeiro,19(3):700-1. 2003.
- 17.McMullen C.K. & Luborsky M.R. Self-Rated health Appraisal as Cultural and Identity Process: African American Elders'Health and Evaluatiave Rationales. *Gerontologist*, 46:4:431-38. 2006.
- 18.Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova e atualiza a Política de saúde do idoso,constante da Portaria n. 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999.
- 19..Neri AL. Qualidade de vida na velhice. In: Rebelatto J.R; Morelli J.G.S. (org). *Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistencia ao idoso*. São Paulo. 2004.
- 20.Neri AL. *Palavras Chaves em Gerontologia*. Campinas SP:Ed Alínea. 2008.
- 21.Passuth PM., Bengston VL. Sociological theories of aging: Current perspectives and future directions. In: Birren JE. and Bengston VL. *Emergent theories of aging*. New york: Springer: 333-55. 1988.
- 22.Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto familiar de saúde dos idosos brasileiros. *Cienc saude coletiva*, 7(4):777-94. 2002.
- 23..Salles-Costa R.,Heilborn ML., Werneck GL.,Faerstein E., Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. *Cad saude publica*: 19 (2):325-33. 2003.
- 24.Stuck AE; Walthert JM:Nikolaus T; Bula CJ; Hohmann C; Beck JC. Risk factors for funcional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc sci med.*;48:445-469. 1999.
- 25.Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad saude publica*;10(4):497-504. DOI: 10.1590/S0102-311X1994000400010. 1994.
- 26.Uchôa E. Contribuição da Antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad saude publica*;19:849-53. 2003.
- 27.World Health Organization. *Gender, Health and Ageing*. Department of Gender and Women's Health, Unit of Ageing and Life course. 2003.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No universo brasileiro, marcado pelo envelhecimento populacional e pela feminização do envelhecimento, são escassos os estudos que foquem as relações entre gênero e auto-avaliação de saúde entre idosos. Nesse cenário, pontilhado por redutos conservadores de produção, onde os papéis femininos e masculinos são bem delimitados, os resultados do presente trabalho contribuem para dar maior visibilidade a esta questão.

Este trabalho apresenta dois artigos resultantes da análise dos dados produzidos por estudo antropológico, desenvolvido junto à população idosa residente na cidade de Bambuí, Minas Gerais.

Ambos os artigos produzidos utilizam a mesma metodologia e o mesmo aporte teórico e uma primeira observação realça a convergência e a complementaridade de resultados entre eles.

O primeiro artigo enfoca o caráter relacional da saúde na velhice. Com o objetivo de desvendar idéias de saúde e doença incorporadas ao mundo intersubjetivo de crenças, valores e normas sociais, ele sublinha a autonomia como idéia organizadora da auto-avaliação da saúde do idoso. Revela-se que a saúde é entendida pelos idosos como preenchimento de capacidades e competências funcionais em resposta às expectativas do entorno e que a ausência de saúde se vincula ao colapso destas competências. Fica claro que, para homens e mulheres idosos, o trabalho, as obrigações familiares e o desempenho dos papéis sociais emergem como sinalizadores de saúde. O *in-dividuu*⁶ idoso constrói sua identidade em saúde a partir da cultura e das experiências coletivas. O segundo artigo aprofunda a questão da existência de padrões específicos por gênero nos processos de auto-avaliação de saúde de idosos brasileiros. Ele conclui que, além dos elementos comuns aos gêneros que são a autonomia, a independência, a capacidade de controle do cenário e a crença de auto-eficácia, existem também especificidades. Estas especificidades originam-se das ressignificações dos signos de saúde de acordo com o gênero, segundo o cenário público ou privado onde os indivíduos atuam na busca de respostas culturalmente adequadas às situações estruturais a que estão submetidos.

O conjunto desses artigos, focando a auto-avaliação de saúde associada a funcionalidade e sua ressignificação segundo o gênero, nos permite dialogar com alguns teóricos. Ambos os artigos apresentados incorporam a idéia de que as expectativas sociais para os idosos se enfraquecem no que concerne a mobilidade, realizações e recompensas econômicas⁷⁵. Mas, o presente estudo também evidencia que, quando os idosos auto-

avaliam sua saúde pela capacidade de desempenho de papéis sociais culturalmente atribuídos, as fórmulas sociais e os códigos culturais tradicionais da idade adulta mantêm seu vigor organizador na idade avançada. Paralelamente, este estudo questiona também a generalidade da idéia de que as diferenças de gênero diminuem no mundo das interações sociais dos idosos⁷⁵. Ele concorda com a proposição de que os idosos criam para si mesmos arenas de liberdade normativa⁷⁵, no sentido de que homens e mulheres não têm mais que se submeter, no mesmo grau que anteriormente, ao controle social específico por gênero em suas vidas privadas. Contudo, neste trabalho, a diversidade por gênero se coloca em evidência na idade avançada ao promover a ressignificação dos signos de saúde, orientar a especificidade das respostas dos indivíduos e sublinhar o caráter relacional da construção da identidade do idoso em saúde. Com relação a este último aspecto, estamos em consonância com o estudo de McMullen & Luborsky⁵⁹, que sugere que o processo de auto-avaliação de saúde integra um processo cultural de formação de identidade coletiva. Homens e mulheres idosos criam formas de identidade em saúde específicas por gênero que, ao contrário do que Silver propõe, não se baseia no enfraquecimento dos códigos culturais, mas na sua revalorização.

Tal questão torna-se relevante para a saúde pública, ao sublinhar o caráter permanente e organizador das fórmulas sociais e dos códigos culturais na auto-avaliação de saúde do idoso. Na medida em que os gestores de saúde considerarem que as avaliações de saúde partem de significados diferenciados segundo o gênero, poderão exercer com maior eficácia seu papel regulador no controle de riscos de doenças silenciosas, reduzindo, assim, os gastos do Estado. Observamos que as mulheres idosas, particularmente, assim que se restauram as forças do corpo e são capazes de realizar tarefas a elas designadas pela cultura, acreditam que sua saúde é boa e tendem a negligenciar o cuidado consigo mesmas, predispondo-se a riscos de agravamento do quadro e internações preveníveis.

Em síntese, o presente estudo propõe o gênero como um dos princípios organizadores da construção de saúde do indivíduo idoso. Por meio dos *signos e significados* de saúde concebidos a partir das características sociais e culturais e traduzidos em fórmulas e códigos, o gênero mantêm seu vigor organizador na idade avançada, influenciando as percepções, interpretações e ações no campo da saúde. Os signos de saúde, ressignificados segundo o gênero, atuam como elementos importantes na compreensão da inequidade em saúde em idosos, orientando respostas específicas e evidenciando necessidades diferenciadas.

Concluimos que a busca da equidade neste segmento deve passar pela compreensão tanto das universalidades quanto das especificidades das necessidades masculinas e femininas no nexo saúde-sociedade.

Novos estudos devem ser desenvolvidos para que os planejadores e os executores das políticas de saúde no Brasil tenham mais subsídios que esclareçam sobre os comportamentos específicos em saúde de homens e mulheres idosos. cremos que as questões levantadas por este trabalho em seu conjunto possam vir a constituir uma fonte de questionamentos, contribuindo com informação de qualidade para o planejamento da atenção à saúde, na perspectiva de atenção aos novos paradigmas de equidade para um envelhecimento saudável.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida Filho N, Coelho AMT, Peres TMF. Modelos explicativos da saúde na Antropologia Médica Contemporânea. Rev USP. São Paulo: 43: 100-25. 1999
2. Alves PC. Experiencing Illness: Theoretical considerations. Cad saude pública., Rio de Janeiro, 9 (3): 263-271. 1993.
3. Alves PC, Rabelo MC. Medicina Tradicional. Uma reflexão a partir dos conceitos de experiência e corpo. In: Cáceres C.; Cueto M; Ramos M.; Vallenás S.(orgs.) La Salud como Derecho Ciudadano. Lima, Univ. Peruana Cayetano Heredia; 2003. P. 335-348.
4. Averill JB. Health care experiences of elderly rural Latinos. Doctoral Dissertation, University of Colorado Health Sciences Center, Boulder, Colorado. Dissertation Abstracts International, 56, 9804623; 1997.
5. Averill JB. Voices from the Gila: health care issues for rural elders in south-western New Mexico. Blackwell Science Ltd, J. adv. nurs. 40(6), 654-62; 2002.
6. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc. saúde coletiva, 6(1):63-72; 2001.
7. Baltes P, Smith J. Multilevel and systematic analyses of old age: Theoretical and empirical evidences for a fourth age. In: V. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.). Handbook of theories of aging. New York: Springer; 1999. P.153-73.
8. Barreto SM, Kalache A, Giatti L. Does health status explain gender dissimilarity in healthcare use among adults? Cad. saude publica, Rio de Janeiro, 22 (2):347-55; 2006.
9. Bibeau G. A Step Toward Thick Thinking: From Webs of Significance to Connections Across Dimensions. Med antropol q 2: 402-16; 1988.
10. Bibeau G. Repères pour une Approche Anthropologique en Psychiatrie, in Corin, Lamarre, Mingneault et Tousignant (eds.). Regards Anthropologique en Psychiatrie. Montréal, Editions du Girame; 1987.
11. Bibeau G.; Corin E. Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale. In: Charest, P.; Trudel, F.; Breton, Y. (Dir). Marc-Adélar Tremblay ou la construction de l'anthropologie québécoise. Quebec: Presses de L'Université Laval. 1994. P. 3-44.
12. Borawski EA, Kinney JM, Kahana E. The meaning of older adults' health appraisals: congruence with health status and determinant of mortality. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1996 May;51(3):S157-70. PubMed PMID: 8620363.
13. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. saude publica., Rio de Janeiro, 19(3):773-781; 2003.
14. Camarano AA. (org). Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

- 15.Camarano AA. Envelhecimento da População Brasileira :Uma Contribuição demográfica. In: E.V. de Freitas, L. Py, A. L. Neri, F.A.X. Cançado, M.L. Gorzoni, S.M. da Rocha (Eds.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. P. 58-70.
- 16.Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estud. Av.* 17 (49). 2003.
- 17.Canesqui AM. Health and illness anthropological studies in the 90's in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva.* Rio de Janeiro: 8 (1); 2003.
- 18.Chodorow NJ. *The power of feelings: Personal meaning in psychoanalysis, gender and culture.* New Haven:Yale University Press; 1999.
- 19.Corin E, Bibeau G, Harnois G. Les attitudes dans le champ de la santé mentale. Répères théoriques et méthodologiques pour une étude ethnographique et comparative. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Centre Collaborateur OMS; (Rapport Technique).1989.
- 20.Corin E, Bibeau G, Martin JC, Laplante R. *Comprendre pour soigner autrement. Répères pour régionaliser les services de santé mentale.* Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 1990.
- 21.Corin E, Uchoa E, Bibeau G, Kumare B, Coulibaly B, Coulibaly M, Moukoro P, Sissoko M. La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui. *Parametres pour un cadre de références. Psychopathol afric.,* 24:149-181.1992.
- 22.Corin E, Uchoa, Bibeau G, Koumare B. 1992a. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathol afric.,*24:183-204.1992.
- 23.Corin E. The Cultural Frame: Context and Meaning in the Construction of Health. In B. C. Amick III, S. Levine, A. R.. Tarlow and D. Chapman Walsh (Eds) *Society and Health: 272-87.* Oxford University Press, New York.1995.
- 24.Degnen C. Minding the gap: the construction of old age and oldness amongst peers. *J aging stud* 21: 69-80. 2007.
- 25.Dening TR,Chi Ly, Brayne C, Huppert FA, Paykel ES, O'Connor DW. Changes in self-rated health, disability and contact with services in a very elderly cohort: a 6-year follow-up study. *Age Ageing: 27:23-33.*1998.
- 26.Fayers PM, Sprangers MA. Understanding self-rated health. *Lancet,* 359:187-188; 2002.
- 27.Figueiredo MLF, Tyrrel MAR, Carvalho CMRG, Luz MHBA, Amorim FCM, Loiola NLA. As diferenças de gênero na velhice. *Rev bras enferm.,* 60(4):422-7, Brasília. 2007.
- 28.Geertz C. *A Interpretação das Culturas.* Rio de Janeiro. LTC Editora. 1989.

29. Geertz C. *Local Knowledge. Further Essays in Interpretive Anthropology*. Basic Books, United States. 1983.
30. George LK. The social psychology of health. In R.H. Binstock, L.K. George (Eds.), *Handbook of aging and social sciences*. San Diego: Academic Press. 2001.
31. Goffman E. *Asylums*. New York: Doubleday. 1961.
32. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc. saúde coletiva* 8(3):825-829. 2003.
33. Good B., Good MJ. The meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. In: L. Eisenberg and A. Kleinman (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht, Holland, D. Reidel Publishing Co. 1980. P. 165-96..
34. Good BJ. *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press. 1994.
35. Good BJ. The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran. *Cult med psychiatry* 1: 25-58. 1977.
36. Groves R, Fultz N, Martin E. Direct Questioning About Comprehension In a Survey Setting. In: Judith M. Tanur ed. *Question About Questions: Inquiries Into Cognitive Bases of Surveys*, New York: Russell Sage. 1992. P. 49-64
37. Heidegger M. *Ser e Tempo*. Trad. Marcia de Sá Cavalcante. 8a ed. Rio de Janeiro: Vozes. 1999.
38. Hinck S. The Lived Experience of Oldest-Old Rural Adults. *Qual health res.*, 14(6): 779-91. 2004.
39. Hoeymans N, Feskens EJM, Kromhout D, Van Den Bos GAM. Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Soc sci med.*, 45 (10):1527-36. 1997.
40. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J health social behav.*, 38: 21-37. 1997.
41. Idler EL, Hudson SV, Leventhal H. The Meaning of Self-Ratings of health. A Qualitative and Quantitative Approach. *Res. Aging*, 21 (3):458-76. Sage Publications Inc. 1999.
42. Idler EL. Age differences in self-assessments of health: age changes, cohort differences, or survivorship? *J gerontol.*, 48: 289-300. 1993.
43. Jylha M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J. gerontol. soc sci med.*, 39: 983-90. 1998.
44. Jylha M. Self-rated health revisited: Exploring survey interview episodes with elderly respondents. *Soc sci med.*, 39: 983-90. 1994.

45. Kaplan G, Baron-Epel O. What lies behind the subjective evaluation of health status? *Soc sci med.*, 56: 1669-76. 2003.
46. Kirk JL, Mille RM. *Reliability and Validity in Qualitative Research*. Beverly Hills, CA: Sage. 1986.
47. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research.. *Ann Intern med.*, 88 (2):251-8. 1978.
48. Krause NM, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *Med care*, 32: 930-42. 1994.
49. Leibing A. The old lady from Ipanema: Changing notions of old age in Brazil. *J aging stud.*, 19: 15-31. 2005.
50. Liang J, Benneett J, Whitelaw N, Maeda D. The structure of self-reported physical health among the aged in the United States and Japan. *Med care*, 29: 1161-80. 1991.
51. Liang J. Self-reported physical health among aged adults. *J. gerontol.*, 41: 248-60. 1986.
52. Lima-Costa MFF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. 2003b. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. *Cad saude publica*, Rio de Janeiro, 19 (3):745-57. 2003.
53. Lima-Costa MFF, Veras R. 2003a. Saúde Pública e Envelhecimento. *Cad saude publica*, Rio de Janeiro, 19 (3):700-01. 2003.
54. Livta A, Eyles J. Health or Healthy: Why People Are Not Sick in a Southern Ontarian Town. *Soc sci med.*, 39 (8): 1083-91. 1994.
55. Magilvy JK, Congdon JG, Martinez RJ, Davis R, Averill J. Caring for your own: health care experiences of rural Hispanic elders. *J aging stud.*, 14: 171-190. 2000.
56. Manderbacka K, Karenholt I, Martikainen P, Lundberg O. The effect of point of reference on the association between self-rated health and mortality. *Soc sci med.*, 56(7):1447-52. 2003.
57. Manderbacka K. Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents. *Scan J soc. med.*, 26, (2);. 1998.
58. Marinho MFS. Um estudo de prevalência e risco para as lesões de esforço repetitivo (LER/DORT) entre trabalhadores e trabalhadoras em processamento de dados bancários. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina, USP: Faculdade de São Paulo. 2000.
59. McMullen CK, Luborsky MR. Self-Rated health Appraisal as Cultural and Identity Process: African American Elders' Health and Evaluative Rationales. *Gerontologist* 46 (4):431-38. 2006.
60. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 9ª edição revista e aprimorada. Editora Hucitec. São Paulo. 2006.
61. Brasil. Ministério da Saúde. *Estatuto do idoso*. Brasília: Ed. MS, 2003. Série E. Legislação da Saúde. Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003.

62. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional do Idoso. Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>. Acesso em 1 de ago. 2008.
63. Molarius A, Janson S. Self rated-health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J clinical epidemiol.*, 55:364-70. 2002.
64. Mossey JM. Importance of self-perceptions for health status among older persons. In: M. Gatz (Ed.), *Emerging issues in mental health and aging*. New York: American Psychological Association. 1995. P. 124-62
65. Nardi HC. O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho: In: LFD Duarte, OF Leal.(orgs). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz,. 1998. P. 95-104.
66. Neri A.L. (org.). *Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus. 2001.
67. Neri AL. *Palavras Chaves em Gerontologia*. Campinas: Ed Alínea. 2008.
68. Neri AL. Qualidade de vida na velhice. In: Rebelatto J.R; Morelli J.G.S. (org). *Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. São Paulo: Manole. 2004. P. 1-36
69. Oliveira FJA. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? 81-94. In: LFD Duarte, OF Leal (org.). *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz,. 1998.
70. Parsons T. *The Social System*. G Lencoe: Free Press. 1951.
71. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad saude publica*, Rio de Janeiro, 19 (3): 703-98. 2003.
72. Ricoeur P.. *Du texte à l'action. Essais d'hermeneutique II*, Paris: Seuil. 1986.
73. Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto familiar de saúde dos idosos brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva*, 7(4): 777-94. 2002.
74. Schraiber L.B.; Gomes R.; Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(1):7-17. 2005.
75. Silver CB. Gender identities in old age: Toward (de)gendering? *J aging stud.*, 17: 379-97. 2003.
76. Silverman M., Smola S, Musa D. The meaning of healthy and not healthy: Older African Americans and Whites with chronic illness. *J cross-cultural gerontol.*, 15: 139-56. 2000.

77. Strauss AL.; Glaser BG. *Chronic Illness and the Quality of Life*. St. Louis: Mosby. 1975.
78. Thompson N P. "I don't feel old": Subjective ageing and the search for the meaning in later life. *Ageing soci.*, 12: 23-47. 1992.
79. Uchôa E. Contribuição da Antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad saude publica*, 19: 849-53. 2003.
80. Uchôa E. Représentations Culturelles et Disqualification Sociale. *Psychopathol Afric.*, XXV,1: 33-57. 1993.
81. Uchôa E., Vidal JM. *Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença*. *Cad saude publica*, Rio de Janeiro, 10(4). 1994.
82. Van Maanen HMTH. Being old does not always mean being sick: perspectives on condition of health as perceived by British and American elderly. *J. adv. nurs.* 13: 701-09. 1988.
83. Veras R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad. saude publica*, Rio de Janeiro, 23(10): 2463-66. 2007.
84. Vesperi M. *City of green benches: Growing old in a New Downtow*. Ithaca: Cornell University Press. 1985.
85. Westerhof G, Katzko M, Dittmann-Kohli F, Hayslip B. Life contexts and health-related selves in old age: perspectives from the United States, India and Congo/Zaire. *J aging stud.*, 15(2):105-26. 2001.
86. Wolinsky FD, Culler SD, Callahan CM, Johnson RJ. Hospital resources consumption among older adults: A prospective analysis of episodes, length of stay, and charges over a seven-year period. *J.gerontol.*, 49: 240-52. 1994.
87. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health, Seventh CDSH Meeting Report (internal), January 25, 2007. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_eng_pdf, Acesso em 25 de out. de 2009.
88. World Health Organization. *Gender, Health and Ageing*. Department of Gender and Women's Health, Unit of Ageing and Life course. 2003.