Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ALINE CORRÊA DE SOUZA

COMO MANDA O FIGURINO:

práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre

Porto Alegre

2005

ALINE CORRÊA DE SOUZA

COMO MANDA O FIGURINO:

práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre

Dissertação desenvolvida como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora: Dra. Marta Julia Marques Lopes

Porto Alegre

2005

S631c Souza, Aline Corrêa de

Como manda o figurino : práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre / Aline Corrêa de Souza ; orient. Marta Júlia Marques Lopes. – Porto Alegre, 2005.

115 f.: il. color.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2005.

1. Saúde do idoso. 2. Automedicação. 3. Envelhecimento. 4. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. 5. Terapias complementares: utilização. 6. Acesso aos serviços de saúde: Porto Alegre, RS. I. Lopes, Marta Júlia Marques. II. Título.

Limites para indexação: Humano. Meia-idade. Idoso. LHSN - 769 NLM - WA 300

Catalogação por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).



ESCOLA DE ENFERMAGEM COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

A Banca Examinadora atribuiu o Conceito Final:	
Nome e Assinatura da Banca Examinadora:	
Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes CPF 263933100-06	(Presidente)
Profa. Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó CPF 188013900-68	(Membro – UFSM/RS)
Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt CPF 506666730-04 Winnestag Verland	(Membro – UFRGS)
Prof. Dr. Johannes Doll CPF 677187526-20	(Membro – UFRGS)
Porto Alegre, 25 de maio de 2005.	
De acordo da Mestranda: Mine 4044	

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas aquelas pessoas que contribuíram de alguma forma para a elaboração deste trabalho.

À professora Marta Julia Marques Lopes, minha orientadora desde os tempos da graduação, pelo incentivo, dedicação e críticas construtivas. Também pela grande inspiração a seguir meu trabalho na saúde coletiva, e acima de tudo pela amizade sincera.

À professora Tatiana Engel Gerhardt, pelas contribuições e apoio, também pelas bibliografias e principalmente pela amizade. Ao professor Johannes Doll, pela colaboração e auxílio no campo da gerontologia. À professora Maria de Lourdes Denardin Budó pelas contribuições no exame de qualificação.

Às professoras do Mestrado da Enfermagem pelas discussões, construções e desconstruções de conhecimentos. Aos colegas do Mestrado pelo apoio e convívio inclusive nos momentos de descontração.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por me proporcionar um estudo gratuito e de qualidade. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro no custeio de minha bolsa de estudos.

Aos amigos da equipe de saúde da Unidade Pitoresca, por todo auxílio e incentivo. À Giceli pelo auxílio na realização das entrevistas e transcrição das fitas.

Aos meus pais Aldo e Adenir, pela vida, por todos os ensinamentos e por me inspirarem nesta temática. À minha querida irmã Miriam por todas as sugestões, revisões e leituras incansáveis deste trabalho.

Ao meu companheiro amado Adriano, por todo apoio nos momentos de angústia, e pelo amor e carinho que nutrem minha vida diariamente.

"Tornar-se idoso é como uma travessia de um rio de margens imprecisas.

Um processo que torna parte considerável da vida.

Não se fica idoso de um dia para outro.

Ser idoso não se resume a algo convencionado, como completar 60 anos num país em desenvolvimento, ou 65 anos num país desenvolvido, pois a idade cronológica não traz uma correspondência obrigatória com as fases do envelhecimento biológico ou social.

No imaginário e na representação individual do idoso, ele observa, constata e reflete sobre o seu próprio envelhecer, o seu "ser idoso", e manifesta este sentimento em simples gesto, atitude ou palavra, ou de formas mais complexas, com manifestações mais elaboradas envolvendo, por exemplo, mente-corpo, saúde-doença..."

(Ricardo Shoiti Komatsu, 2003)

RESUMO

Observa-se que indivíduos e idosos, particularmente, utilizam diversas práticas terapêuticas, buscando o alívio ou a cura de algum desconforto físico ou mental. Culturalmente, em diferentes sociedades, os indivíduos utilizam-se de vários recursos para manter-se com saúde; além das práticas "formais", fazem uso de fórmulas caseiras ou medicamentos que possuem em casa. Com este estudo objetivou-se conhecer e compreender o uso de práticas terapêuticas entre idosos residentes em área urbana, na Zona Leste do município de Porto Alegre. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Foram desenvolvidas entrevistas semi-estruturadas com 24 idosos. Processou-se a caracterização sociodemográfica desses idosos e a análise temática das informações coletadas. Os idosos entrevistados eram na maioria do sexo feminino, com média de idade de 68 anos, tinham 4 anos completos de estudos, e renda familiar, em média, de três salários mínimos, a metade dentre eles possuía convênio de saúde particular. Para metade dos idosos entrevistados a saúde era considerada como ausência de doença, outra parcela considerava que o processo saúde e doença está diretamente ligado aos usos sociais do corpo, como, por exemplo, o trabalho e a realização de atividades diárias. Dentre os participantes 4 referiram a saúde como um processo mais complexo no sentindo de qualidade de vida, dependente de fatores biopsicossocias. A principal prática terapêutica referida pelos entrevistados foi a automedicação. Dessa forma, verifica-se que mesmo as práticas terapêuticas informais sofreram um processo de medicalização. O uso de chás caseiros restringe-se a problemas considerados comuns. A outra prática

terapêutica referida pelos idosos foi a busca por um profissional médico. Esse fato foi

evidenciado principalmente entre aqueles que possuem convênios de saúde. A busca

por terapeutas populares foi a prática menos referida. Acredita-se que isso foi

influenciado pela presença do profissional de saúde e pelo receio de serem

"repreendidos". Outro fato que se observou foi a utilização simultânea de diferentes

práticas terapêuticas. O que motiva a escolha por uma, ou outra alternativa, é a

duração e a gravidade do desconforto físico e acessibilidade dos recursos terapêuticos.

Observou-se um processo crescente de medicalização entre os entrevistados,

influenciado pelo mercado da saúde e também pela mídia. Isso pode ser verificado pela

busca de soluções mágicas e sem esforços que são a primeira opção, pois respondem

à lógica da urgência e do mercado farmacêutico que acaba por induzir esses

comportamentos imediatos. Considera-se que por meio da análise e discussão crítica

da temática, pode-se subsidiar a capacitação de profissionais no campo da Educação

em saúde e do trabalho da Enfermagem em particular, favorecendo, assim, os

processos de autocuidado e de resolutividade terapêutica para os problemas da

população idosa.

Descritores: Saúde do idoso. Automedicação. Envelhecimento. Conhecimentos,

atitudes e prática em saúde. Terapias complementares: utilização. Acesso

aos serviços de saúde: Porto Alegre, RS.

Limites: Humano. Meia-idade. Idoso.

RESUMEN

Se observa que individuos y ancianos, particularmente, utilizan diversas prácticas terapéuticas buscando el alivio o la cura de algunos malestares físico o mental. Culturalmente, en diferentes sociedades, los individuos se utilizan de varios recursos para mantenerse con salud; además de las prácticas "formales", hacen uso de fórmulas caseras o medicamentos que poseen en casa. Con este estudio se objetivó a conocer y comprender el uso de prácticas terapéuticas entre ancianos residentes en el área de abarcamiento de una unidad básica de salud de Porto Alegre, ubicado en la zona leste del municipio. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativa. Fueron desarrolladas entrevistas semiestructuradas con 24 ancianos. Se procesó la caracterización sociodemográfica de esos ancianos y el análisis temática de las informaciones colectadas. Los ancianos entrevistados son en la mayoría del sexo femenino, el promedio de edad es 68 años, tienen 4 años completos de estudios, y renta familiar en media de tres salarios mininos, la mitad de ellos posee convenio de salud particular. Para mitad de los ancianos entrevistados la salud es considerada como ausencia de enfermedad, la otra parte considera que el proceso salud y enfermedad está directamente conectado a los usos sociales del cuerpo, como, por ejemplo, el trabajo y la realización de actividades diarias. Entre los entrevistados 4 refieren la salud como un proceso más complejo en el sentido de cualidad de vida, dependiente de factores biopsicosociales. La principal práctica terapéutica referida por los entrevistados es la automedicación. De esa forma, se verifica que mismo las prácticas terapéuticas informales sufrieron un proceso de medicalización. El uso de tes caseros se restringe a

problemas considerados comunes. La otra práctica terapéutica referida por los ancianos fue la busca por un profesional médico. Ese hecho fue evidenciado principalmente entre aquéllos que poseen convenios de salud. La busca por terapeutas populares fue la práctica menos referida. Se cree que eso es influenciado por la presencia del profesional de salud y por los temores de que sean "reprendidos". Otro hecho que se observa es la utilización simultánea de diferentes prácticas terapéuticas. Lo que motiva la elección por una, u otra alternativa, es la duración y la gravedad del malestar físico y la accesibilidad de los recursos terapéuticos. Se observó un proceso creciente de medicalización entre los entrevistados, influenciado por el mercado de la salud y también por la medios de comunicación. Eso puede ser verificado por la busca de soluciones mágicas y sin esfuerzos que son la primera opción, pues contestan a la lógica de la urgencia y del mercado farmacéutico que acaba por inducir esos comportamientos inmediatos. Se considera que con el análisis y discusiones críticas de la temática, se puede ayudar la capacitación de profesionales en el campo de la educación en salud y del trabajo de los enfermeros en particular, favoreciendo así, los procesos de auto cuidado y de resolución terapéutica para los problemas de la populación anciana.

Descriptores: Salud del anciano. Automedicación. Envejecimiento. Conocimientos, actitudes y práctica en salud. Terapias complementarias utilización. Accesibilidad a los servicios de salud: Porto Alegre, RS.

Límites: Humano, Media edad, Anciano,

Título: Como manda el figurino: prácticas terapéuticas entre ancianos de Porto Alegre.

ABSTRACT

It can be observed that individuals and elders make use of several therapeutic practices in a way to look for relief or the cure of some physical or mental discomfort. Culturally, in different societies, people make use of several medical resources to keep healthy. Besides the "formal" practices, they make use of homemade formulas or medicines they have at home. This study had as its main objective to know and to comprehend the use of therapeutic practices among elders who live in an area which has a basic unit of health, located in the east zone in the city of Porto Alegre. This is a descriptive exploratory study with a qualitative approach. Some semi-structured interviews were developed and applied to 24 elders. Afterwards, it was processed the socio-demographic characterization and the analysis of the information collected from these elders. The elders interviewed were in their majority female, with an average of 68 years old, have 4 complete years of studies, a familiar income of 3 minimum wages and half of them have private health plans. For half of the interviewed ones their health is considered as an absence of sickness, the other part considers that the process health and sickness is directly linked to social uses of the body as work and the accomplishment of daily activities, for instance. Among the interviewed, 4 referred to health as a more complex process in the sense of quality of life, depending on biopsychosocial factors. The main therapeutic practice mentioned by the interviewees is the self medication. In this way, it can be verified that even the informal therapeutic practices suffer a process of medicalization. The use of homemade tea is restricted to problems which are considered ordinary. The other therapeutic practice mentioned by the elders

was the search of a doctor. This fact was mainly referred among those who have health

plans. The search for popular therapists was the least mentioned practices. It is believed

this occured because the elder feels afraid of being "reprimanded", especially by the

professional of health. Another factor, which can be observed, is the simultaneous

utilization of different therapeutic practices. What motivates the choice of one or another

alternative is the time it lasts, the seriousness of the physical discomfort and the

accessibility of therapeutic resources. It was observed an increasing process of

medicalization among the interviewees who we believe suffered influence from the

health market and also from the mass media. This can be verified by the search of

magical solutions and without any effort which is the first option because they

correspond to the logic of urgency and to the pharmaceutics market which finally induce

to these immediate behaviors. It is considered that with the analysis and critical

discussion of the theme, the qualification of a professional in the field of Health

education and the work of Nursing can be subsidize, favoring in this sense, the process

of self care and therapeutic resolvability for the problems involving the old-aged

population.

Descriptors: Aging health. Self medication. Aging. Health knowledge, attitudes,

practice. Complementary therapies utilization. Health services

accessibility: Porto Alegre, RS.

Limits: Human. Middle age. Aged.

Title: Exactly like: therapeutic practices among elders in Porto Alegre.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Etnia auto-referida pelos idosos – Porto Alegre – 2004	49
Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo ocupação – Porto Alegre	
– 2004	50
Figura 1 – Referência dos idosos sobre a sua saúde – Porto Alegre –	
2004	52
Figura 2 – Distribuição dos medicamentos utilizados pelos idosos	
entrevistados – Porto Alegre – 2004	53

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS

APQV – Ambulatório de Promoção da Qualidade de Vida

CADSUS – Programa de Cadastro do Sistema Único de Saúde

EENF - Escola de Enfermagem

GESC - Núcleo de Estudos em Saúde de Escola

HIPERDIA - Programa de Saúde do Governo Federal de Hipertensão e Diabetes

NESPE - Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA: práticas	
terapêuticas e saúde – escolha ou indução?	22
2.1 Objetivos do estudo	36
2.2 Objetivos específicos	36
3 O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO ADOTADO	37
3.1 Tipo de estudo	37
3.2 População em estudo	38
3.2 Coleta de dados	40
3.3 Análise dos dados	41
3.4 Considerações éticas	42
4 VELHICE E SAÚDE	43
4.1 Caracterização sociodemográfica e informações de saúde dos	
idosos	48
4.2 Os idosos: sua saúde e adoecimento	54
4.2.1 Concepções de saúde dos idosos	55
4.2.2 Cuidados com o corpo na velhice	69
4.2.3 Práticas terapêuticas entre os idosos	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	106

APÊNDICE A – Guia de entrevista	113
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	114
ANEXO – Documento de aprovação da comissão de ética da	
Secretaria Municipal de Saúde	115

1 INTRODUÇÃO

Este estudo foi desenvolvido para atender ao requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Está inserido na linha de pesquisa Práticas de Enfermagem e Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem.

Foi elaborado na tentativa de responder a algumas indagações surgidas na prática profissional no campo da saúde coletiva. Em Unidades Básicas de Saúde, observa-se que os indivíduos e, particularmente, os idosos utilizam diferentes práticas terapêuticas para buscar alívio ou cura de algum desconforto físico ou mental. Assim, fazem uso de chás e remédios caseiros, bem como procuram por atendimentos de terapeutas populares e utilizam a automedicação, entre outras práticas.

A busca por tratamentos para a cura e alívio de problemas de saúde é uma atividade realizada em todas as sociedades do mundo. Indivíduos e grupos, além de procurar atendimento nos serviços de saúde formais, podem buscar resolver seus problemas em outros sistemas de saúde ditos informais.

Acredita-se que o conhecimento desses processos, que culminam na utilização de práticas terapêuticas variadas, é necessário, no sentido em que os mesmos influenciam diretamente o trabalho do profissional de saúde, visto que este se ocupa da promoção, prevenção, recuperação e proteção da saúde dos indivíduos. Nesse sentido, concorda-se com autores como Silva *et al.* (1996), que afirmam que os profissionais de

saúde precisam procurar associar seu saber formal ao saber popular, pois com essa aproximação ocorrerá a apreensão, valorização, utilização e reelaboração do conhecimento popular e, dessa forma, se evitará a degeneração daquele que é o berço do saber oficial.

Outro fato que motivou a realização deste estudo é a necessidade de fundamentação para trabalhar com a população idosa¹. No Brasil, desde a década de 60, essa população vem crescendo aceleradamente em conseqüência da diminuição das taxas de fecundidade e de mortalidade nas faixas etárias mais elevadas; acreditase, também, que a melhoria das condições de saneamento básico e os avanços tecnológico-científicos na área da Saúde contribuem para esse crescimento.

Segundo o Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997), projetase que em 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em população idosa; isso mostra a
realidade que se terá de enfrentar e, como diz Lopes (2002), a velhice deixa de ser uma
preocupação exclusiva e individual da família. Especificamente no Rio Grande do Sul,
onde as condições de saúde são melhores, a expectativa de vida, hoje, está em torno
de 74 anos (RIO GRANDE DO SUL, 1997). É necessário, portanto, que os profissionais
de saúde estejam aptos a atender a essa população, em consonância com as diretrizes
da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e do recente Estatuto do Idoso (BRASIL,
2003) o qual também ressalta a necessidade de promover qualificação e orientação aos
cuidadores familiares e aos grupos de auto-ajuda.

_

Utiliza-se a Resolução 39/125 da Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População que estabeleceu a idade de 60 anos como o início da terceira idade nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (ONU, 1982).

Minha experiência com idosos é decorrente da participação em um Projeto de Pesquisa-desenvolvimento, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre. Nessa unidade, desenvolvo há três anos atividades de Consulta de Enfermagem, no Ambulatório de Promoção da Qualidade de Vida (APQV). A sua criação, metodologia e objetivos fazem parte do projeto intitulado "As doenças crônico-degenerativas e a promoção da qualidade de vida" (LOPES, 2001), iniciado no ano de 1998, por meio de uma parceria entre o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) da Escola de Enfermagem EENF/UFRGS, coordenado pela professora Marta Julia Marques Lopes, orientadora desta dissertação, e o Grupo Hospitalar Conceição/Divisão de Saúde Comunitária. A partir do ano de 2001, a parceria passou a envolver o GESC, a EENF/UFRGS e a Unidade Básica de Saúde Pitoresca do município de Porto Alegre.

O APQV propõe-se, primeiramente, a conhecer em profundidade o processo saúde-adoecimento dos indivíduos adultos e idosos, nas comunidades assistidas, na área de abrangência da UBS acima citada. Essa base investigativa, por sua vez, visa a subsidiar a atuação em atenção básica de saúde, com ênfase na promoção da qualidade de vida nos campos da assistência, do ensino e da pesquisa.

Esse Ambulatório é, portanto, uma proposta cooperativa entre instituições com diferentes vocações, aliando esforços no sentido de qualificar mutuamente a pesquisa e a assistência. As investigações realizadas visam a aprimorar protocolos de atendimento a adultos e idosos nas atividades de consultas e de grupos terapêuticos, privilegiando uma atuação multidisciplinar, interdependente e complementar, com enfoque na promoção da qualidade de vida.

No GESC e no APQV entende-se que "qualidade de vida significa diferentes coisas para diferentes pessoas refletindo o conhecimento, a experiência e os valores do indivíduo" (PATRICK; ERICKSON, 1999). Observa-se que a definição de qualidade de vida tem evoluído muito nos últimos anos e, de acordo com Fleck (2000, p. 34) a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como: "A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Esses conceitos sustentam-se no indivíduo que reflete sobre seu contexto, a partir de suas experiências, e com base nessas percepções, decide qual prática terapêutica pode utilizar para solucionar seu problema. Então, não se pode deixar de dizer que a qualidade de vida está intimamente ligada à saúde e, segundo Néri (1993), para o idoso, ela depende de fatores que são construídos ao longo da vida, quais sejam: carga genética, estilo de vida, relações sociais e familiares, capacidade laborativa, educação, suporte econômico e ambiente físico. Portanto, qualidade de vida é uma contínua busca para um envelhecimento bem-sucedido; e, vale lembrar, essa busca começa muito antes dos 60 anos de idade.

Nesse sentido, a proposta deste estudo foi investigar as razões para o uso de práticas terapêuticas entre idosos residentes em área urbana, na Zona Leste de Porto Alegre, a fim de subsidiar, por meio desse conhecimento, o planejamento das atividades assistenciais aos idosos e a atuação dos terapeutas no APQV. Portanto, este estudo propõe-se, com análise e discussão crítica, subsidiar o trabalho da enfermagem para a educação em saúde, favorecendo os processos de autocuidado e de resolutividade terapêutica, particularmente à população menos favorecida

economicamente e usuária do Sistema Público de Saúde e principalmente da Atenção Básica.

Esta dissertação está estruturada a partir desta introdução, que apresenta a temática e as influências para a sua escolha. O capítulo seguinte aborda a problemática em estudo e os seus objetivos. Na seqüência, estão descritos os procedimentos metodológicos, os resultados encontrados a partir das entrevistas e a análise temática, bem como a sua discussão com a bibliografia pesquisada. As considerações finais, a bibliografia e, por fim, os apêndices e anexos encerram este estudo.

2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA: práticas terapêuticas e saúde – escolha ou indução?

A construção da problemática de pesquisa baseou-se na discussão centrada nas práticas terapêuticas institucionais, individuais e coletivas, entre os idosos. Dessa forma, permitiu a elaboração dos objetivos do estudo considerando os aspectos múltiplos dessa temática e sua complexidade como processo interativo entre indivíduo e sociedade.

Culturalmente, em diferentes sociedades, os indivíduos utilizam-se de vários recursos para sanar desconfortos físicos ou emocionais; além das práticas formais, fazem uso de fórmulas caseiras ou medicamentos que possuem em casa, ou que adquirem em farmácias; consultam amigos, parentes, ou pessoas que consideram sábias em tais assuntos, ou ainda realizam algum tipo de jejum (HELMAN, 2003). Segundo Stotz (1993), a população possui crenças e valores próprios sobre a doença, sua origem e cura. Nesse sentido, Nunes (2000) salienta que os estudos sobre percepção, atitudes, crenças e representações têm constituído contribuições importantes para a compreensão da doença, estudada com base na vivência do indivíduo e, acrescenta-se, da coletividade. Portanto, acredita-se que o profissional de saúde precisa considerar as interpretações advindas da experiência dos indivíduos, em relação às doenças, quando com eles se relaciona.

Antes de evoluir-se na temática, é necessário esclarecer que foi adotada uma definição do que se entende como práticas terapêuticas. Existem estudos que utilizam diferentes termos, como, por exemplo, alternativa terapêutica, trajetória terapêutica,

terapias alternativas, práticas de saúde, entre outros, os quais, muitas vezes, são utilizados como sinônimos conceituais. Opta-se por definir dois dentre eles que são: "alternativas terapêuticas", utilizado por Helman (2003), e "trajetória terapêutica", utilizado por Novakoski (1999). A opção justifica-se pela sua adequação a este estudo.

Helman (2003), em seu livro Cultura Saúde e Doença, examinou sistemas pluralísticos de assistência à saúde nas sociedades complexas para ilustrar a variedade de alternativas terapêuticas, e como e por que as pessoas elegem, dentre elas, suas formas de enfrentamento da doença e de manutenção da saúde.

O autor descreve relatos referentes a esse assunto, provindos de sociedades diversificadas como, por exemplo, do Reino Unido, dos Estados Unidos, da África, entre outras. A partir desses relatos, em que ele descreve os setores de atenção à saúde nas diferentes realidades, o autor sistematizou aquilo que ele chama de alternativas terapêuticas. Helman enumera três práticas existentes: a alternativa profissional, a alternativa popular, e a alternativa informal.

A alternativa profissional é composta por médicos, enfermeiras² e outros profissionais da saúde. Essa alternativa representa um recurso escasso na maioria dos países do mundo. Estudos de acesso aos serviços de saúde costumam utilizar o indicador "número de médicos para cada mil habitantes". No Brasil, esse indicador alcança a marca de 1,6 médicos por mil habitantes (NUNES *et al.*, 2001), valor acima do recomendado pela OMS, que é de um médico para cada mil pessoas. Esse valor estatístico, entretanto, esconde distorções que ocorrem na prática, pois a distribuição de médicos nas regiões brasileiras não é uniforme. Questiona-se, portanto, se o

_

² Optou-se por utilizar o termo "enfermeira" nesse estudo, devido à imensa maioria de mulheres atuantes nessa profissão.

número adequado de médicos signifique o acesso da população aos serviços de saúde quando deles necessita.

Na alternativa popular, enquadram-se os curandeiros, as parteiras, os clarividentes, entre outros. Nessa alternativa de cura ocorre um tratamento holístico do paciente, pois não são tratadas somente as patologias, mas também as relações desse enfermo. A família participa do processo de tratamento, sendo ela igualmente responsabilizada pela cura do paciente.

A alternativa informal é o campo leigo, não-profissional e não-especializado da sociedade, ou seja, familiares, amigos e/ou vizinhos do paciente. A principal atividade terapêutica na alternativa informal é a automedicação. Nesse sentido, Helman (2003) afirma que existem normas terapêuticas que interferem na preservação da saúde as quais incluem crenças, relativas a cada grupo cultural, sobre o modo correto de se alimentar, vestir, dormir, beber, trabalhar, rezar e conduzir a vida em geral.

A alternativa informal pode ser exemplificada com uma prática amplamente utilizada: é o uso de chás e plantas medicinais. Segundo Simões (1998), essa utilização é resultado do acúmulo secular de conhecimentos empíricos sobre a ação dos vegetais que, em nosso País, além das contribuições indígenas, incluem-se os conhecimentos trazidos pelos escravos e imigrantes. Essa prática não se restringe à zona rural; fatores como o alto custo dos medicamentos industrializados, dificuldades econômicas e o difícil acesso aos serviços de saúde têm contribuído para o aumento da utilização de tais recursos. E, além desses fatores, as propagandas veiculadas nos meios de comunicação estimulam o uso desses produtos alternativos (LEFÈVRE, 1991). Segundo esse autor, ocorre freqüentemente a atribuição de caráter mágico a certos produtos naturais, o que, possivelmente, causa o abandono do tratamento

medicamentoso recomendado. Simões (1998) lembra, ainda, outro problema: a possível extinção dos espécimes vegetais e das fontes minerais devido à sua exploração indiscriminada, visto que não há preocupação com o cultivo e a extração.

Tentando compreender os processos das escolhas terapêuticas, Novakoski (1999, p. 141) estudou, em sua tese de doutorado, a trajetória terapêutica de indivíduos no município de Paranaguá, no Paraná. Nesse estudo, trajetória terapêutica foi definida como "a seqüência de recursos de cuidados com a saúde, desde o aparecimento de um problema ou doença até sua cura, estabilização ou morte". A autora classificou em três os recursos terapêuticos: a automedicação, os cuidados tradicionais que envolvem os terapeutas populares, e os serviços de saúde. A autora também classificou os problemas de saúde em graves e leves. Para os problemas considerados leves, a automedicação foi a primeira alternativa de cura utilizada pela maioria dos entrevistados e, caso ela não solucionasse o problema, a maioria procurava os serviços de saúde como segunda alternativa; os cuidados dos terapeutas populares eram a terceira alternativa para os entrevistados. Nos problemas de saúde considerados graves, os serviços de saúde foram a primeira opção para a maioria absoluta da população estudada.

Nesta dissertação, foi utilizado o conceito de trajetória terapêutica para investigála entre os indivíduos idosos entrevistados a fim de caracterizar as práticas terapêuticas por eles utilizadas.

Para elaborar-se uma síntese compreensiva da temática, o termo "práticas terapêuticas" foi adotado para denominar as atitudes postas em prática com o intuito de recuperar a saúde, ou obter o alívio de algum distúrbio de saúde. A classificação que Helman (2003) utiliza para sintetizar essas práticas, quais sejam: alternativa informal,

alternativa popular e alternativa profissional, também foi adotada como base de leitura da realidade. Em geral o termo alternativa é utilizado na área da Saúde de forma pejorativa para caracterizar atividades não reconhecidas pela Medicina tradicionalmente científica, ele é utilizado, nesta dissertação, com o sentido de escolha, podendo a pessoa optar entre várias práticas, incluindo a busca por profissionais. Assim, acreditase que essas definições sejam mais adequadas à realidade das práticas terapêuticas, em nosso meio. Convém salientar que Helman não estudou a cultura terapêutica no Brasil. Em razão disso, torna-se necessário considerar a pertinência dessas formulações em nossa realidade.

Para Gerhardt (2000), tanto as alternativas terapêuticas quanto as trajetórias são feitas com base em escolhas, que dependem de diversos fatores: características do sujeito (fatores de predisposição) – idade, sexo, etnia, categoria social, educação, profissão, família, entre outros; características do problema de saúde e de sua percepção – crônico, agudo, grave, benigno, entre outros; características do sistema de saúde (alternativas: popular, informal e profissional). A alternativa profissional depende, ainda, do acesso, da aceitabilidade, do vínculo, da qualidade, da comunicação entre outros fatores. Todos eles vão influenciar as escolhas e vão gerar diferentes alternativas, resultando no pluralismo terapêutico, diz a autora. Em seu trabalho sobre itinerários terapêuticos, Gerhardt (2000) discute a complexidade, a diversidade e a multiplicidade que ocorrem tanto na organização quanto na cronologia das práticas socioculturais de saúde utilizadas pelos indivíduos, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde.

Essas escolhas também são baseadas nas necessidades de saúde do indivíduo.

Cecílio (2001) discute esse conceito complexo que, segundo ele, engloba quatro

conjuntos: o reconhecimento das boas condições de vida, a necessidade de ser ter acesso e de se poder consumir toda tecnologia de saúde necessária para melhorar e prolongar a vida, a criação de vínculos afetivos entre cada usuário e uma equipe ou profissional de saúde, e a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. Acrescenta-se a esse conceito que as necessidades de saúde também dependem das interpretações individuais e subjetivas sobre o que é saúde e doença.

Essa temática, pensa-se, não pode ser discutida sem considerar os diferentes significados de saúde. Para tanto, buscou-se em autores como Lefèvre (1991) apoio teórico. Esse autor propõe uma discussão sobre o entendimento das sociedades capitalistas como a nossa que, ao se preocuparem apenas com os aspectos negativos da saúde, ou seja, a doença associam-na a produtos de consumo, como, por exemplo, planos de saúde e medicamentos. A saúde deixa de ser algo inerente ao corpo humano para tornar-se um ente externo, passível de compra. Atualmente, existem muitos estímulos nesse sentido, tanto na mídia como nas farmácias, que se transformaram em verdadeiros centros de compras, onde o cliente escolhe e faz seu "rancho" nas prateleiras. Esse processo de absolutização da relação consumo e saúde é influenciado "medicalização da sociedade", desenvolvido pelos pelo denomina conhecimentos médicos e pelo sistema médico-hospitalar (RENAUD, 1995). Trata-se de um processo que articula Medicina e sociedade, produzindo idéias e extensão dos cuidados médicos, ampliando sua vocação intervencionista (VIEIRA, 2002).

Contribuindo com essa concepção de saúde, Nogueira (2001) refere que na cultura contemporânea o corpo se torna um objeto de constante preocupação, gerando uma visão superficial e egocêntrica do que é saúde, além de cuidados excessivos e

obsessivos com o corpo. Concorda-se com o autor quando ele comenta que esses cuidados excessivos impossibilitam a conquista de uma vida saudável, de maneira espontânea e tranquila.

Tentando, então, pensar esses processos em outras bases, buscou-se em Christophe Dejours (1986, p.6) definições de saúde mais complexas, entendendo que não se trata de um estado de estabilidade e nem de algo que vem do exterior; é, sim, "uma coisa que se conquista, que se enfrenta e de que se depende". Dejours contesta o conceito da Organização Mundial da Saúde, de que saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, pois, segundo ele, este estado perfeito não existe. Para resumir essas idéias, o autor refere que saúde, para cada homem, mulher ou criança, é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social.

Concordando com Dejours, acredita-se que não existe um estado de completa saúde, pois, por exemplo, um idoso pode estar saudável e sentir-se assim, mesmo sendo portador de uma doença crônico-degenerativa. Por isso, não podemos adotar uma categorização normativa, absoluta sobre o que é doença e o que é saúde, principalmente em se tratando da população idosa.

Contribuindo com esse pensamento, Capra (1982) afirma que assim como a condição de uma pessoa está intimamente ligada ao seu meio ambiente natural e social, ela não pode ter um nível absoluto de saúde que esteja independente de seu meio ambiente. Portanto, as variações do seu meio ambiente irão influenciar seu estado de saúde, podendo ter momentos temporários de precariedade, o que torna muitas vezes impossível delimitar uma linha entre saúde e doença.

Portanto, a saúde é um conjunto de situações que depende de vários contextos e ela pode ser avaliada a partir de diferentes perspectivas: a saúde objetiva e a saúde subjetiva. A primeira é avaliada com aspectos objetivos, como exames médicos; já a saúde subjetiva é avaliada pela própria pessoa, a partir de suas percepções.

O conceito de saúde subjetiva é bastante utilizado na Gerontologia, como afirma Doll (1998) em uma pesquisa em que estuda a relação entre a saúde subjetiva e a satisfação de vida. Essa percepção da própria pessoa a respeito de sua saúde tem grande relação com os aspectos funcionais e as tarefas realizadas no dia-a-dia pelos idosos pesquisados. Outro fator importante que o autor apresenta vem da Psicologia cognitiva, que diz que o comportamento humano é resultado das representações cognitivas que ele faz de si mesmo e de seu mundo e não do estado objetivo de sua saúde.

Refletindo sobre o processo de envelhecimento, Lopes (2002) afirma que a saúde perfeita não poderia ser o objetivo essencial no tratamento dos idosos, e que o profissional de saúde, ao auxiliá-los no entendimento de um distúrbio, estaria criando uma oportunidade de introspecção desse processo. Com essa participação e compreensão na elaboração do tratamento, o paciente idoso faria uma utilização mais restrita de medicamentos e serviços de saúde.

Essa postura profissional poderia evitar o que Dejours (1986) constata no comportamento de pessoas que, ávidas pela cura de seus males, procuram tratamentos imediatos que, de preferência, não lhes demandem trabalho. Escuta-se, com freqüência, na prática assistencial, indivíduos solicitando medicações para resolverem problemas de saúde que poderiam ser controlados com atitudes como a reeducação alimentar, por exemplo. No entanto, a busca da solução mágica e sem esforços é a

primeira opção, pois responde à lógica da urgência e do mercado farmacêutico que induz esses comportamentos.

Autores como Barros (1995) também discutem o uso ininterrupto de bens e serviços e a intenção de vinculá-los ao bem-estar, à saúde e à felicidade. O autor analisa a ideologia do mercado que gera a produção capitalista, por meio do estímulo ao consumo, onde a manipulação dos indivíduos limita sua liberdade de escolha e conhecimento em relação à qualidade e à necessidade efetiva do que consomem. Nesse sentido, as práticas "aditivas" de consumo de medicamentos, de produtos saudáveis, de alimentos, constituem-se elementos dessa lógica capitalista e a medicalização da sociedade seu instrumento de legimitização.

Mesmo considerando a validade desses argumentos, pensa-se que o processo saúde-adoecimento vai além e constitui-se, como significado, a partir, também, das vivências subjetivas, próprias de cada indivíduo. Nunes (2000) desenvolve essa idéia, quando afirma que pessoas com a mesma doença podem experenciá-la de uma maneira totalmente diferente, conforme suas características de personalidade, percepções e interações sociais. Nesse sentido, acredita-se, como Fracolli e Bertolozzi (2001) e Budó e Saupé (2004), que a atuação em saúde precisa valorizar a forma como os usuários, individualmente ou nos grupos sociais, entendem o processo saúdedoenca.

Porém, é preciso lembrar que a multiplicidade das escolhas, das condutas, das práticas e dos tratamentos adotados simultaneamente ou em série, por um indivíduo, não podem ser interpretados a partir de uma abordagem centrada somente nele (GERHARDT, 2000). Não se pode esquecer que esses comportamentos, assim como

outros, estão inseridos em um contexto sociocultural que reflete amplamente o resultado das relações sociais que ultrapassa as condutas individuais.

A partir de seus estudos Helman (2003) afirma que freqüentemente, encontramse pessoas com idéias e explicações para diagnosticar e tratar as doenças,
principalmente em grandes centros urbanos. Com base nessas teorias populares,
pacientes angustiados pelo sofrimento de males se submetem aos mais diversos
autotratamentos. Analisando a noção de cuidado de saúde Lopes (1996, p.57) refere
que essa noção é "concebida como feminina e produto de "qualidades naturais" das
mulheres". Dessa forma, Helman acrescenta que maior parte dos cuidados ocorre
dentro da família através de mães e avós. Observa-se que elas são o alvo prioritário do
consumo apelativo de recursos de higiene e saúde.

Por outro lado, ao consultar os profissionais de saúde, Stimson, citado por Helman (2003), refere que o paciente, após ser orientado, faz uma avaliação leiga, refletindo se "faz sentido" ou não a conduta prescrita. Acredita-se que esse processo é influenciado pelas explicações que os profissionais fornecem aos usuários, pelas suas experiências anteriores quanto ao problema, e também pelo contexto cultural em que está inserido. Pensa-se que essas avaliações e interpretações dos pacientes influenciam diretamente a sua adesão ao tratamento.

Em um estudo sobre o significado do termo adesão à terapêutica, Leite e Vasconcellos (2003) constataram uma ausência consensual sobre o tema, mas afirmam que, de forma geral, é compreendido como a utilização dos medicamentos ou outros procedimentos prescritos, observando horários, doses, tempo de tratamento. Segundo as autoras, alguns fatores estão diretamente associados à adesão à terapêutica, quais sejam: o fator econômico, a quantidade de medicamentos prescritos, os efeitos

colaterais, a compreensão da doença, aspectos relacionados ao profissional que orienta, ao paciente e, finalmente, ao contexto social em que ele vive. A esses fatores acrescentam-se os aspectos relacionados ao contexto cultural, visto que eles influenciam, em alguns casos, decisivamente o seguimento do tratamento necessário.

Diaz (1996) classifica os fatores que interferem na não-adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes idosos, da seguinte forma:

- a) fatores técnicos referentes à apresentação das drogas, dificuldade de deglutição, quantidade diária consumida, tipo de medicação e sabor da medicação;
- b) fatores biológicos efeitos colaterais, tóxicos e idiossincrásicos;
- c) fatores psicológicos depressão, negação ou medo da doença, autoestima diminuída, idéias de suicídio, necessidade de sofrimento/autopunição, relação médico paciente;
- d) fatores sociais dificuldade econômica, conselhos de terceiros, baixa percepção do custo-benefício da terapêutica, ingestão de bebidas alcoólicas;
- e) fatores mistos esquecimento, desconhecimento da doença, número de serviços utilizados pelo paciente, nível educacional e automedicação.

Para contornar o problema, o autor sugere um bom diagnóstico da não-adesão, a participação da equipe interprofissional e a simplificação do esquema terapêutico. Acredita-se que estudos sobre as práticas terapêuticas são úteis para a realização desse diagnóstico da não-adesão, bem como suscitam elementos que explicam esse fenômeno.

A experiência de consultório do projeto APQV tem fortalecido a idéia de que essa complexidade, advinda das múltiplas influências no processo terapêutico, precisa ser considerada pela enfermeira no sentido de ela ser capaz de estabelecer um vínculo com o paciente. Sabe-se que a compreensão dos pacientes é diferente da dos profissionais, portanto a relação entre eles precisa ser baseada na capacidade do indivíduo de compreender e dar significado às mensagens educativas e terapêuticas fornecidas a ele. A enfermeira necessita, portanto, assumir seu espaço no atendimento individual, aumentando, dessa forma, sua capacidade de intervenção e influência no processo de saúde-adoecimento, contribuindo para a melhora da escuta e do atendimento da comunidade (SOUZA; LOPES, 2003).

Autores como Helman (2003) contribuem com essa discussão, quando afirmam que a enfermeira tem papel crucial na avaliação e no manejo das doenças crônicas, deficiências, gravidez e problemas de saúde dos idosos.

Como já discutido anteriormente, sabe-se que as alternativas terapêuticas são utilizadas muitas vezes de forma simultânea e que uma não exclui a outra. Entretanto, também se observa que o difícil acesso aos serviços de saúde pode aumentar a ocorrência da utilização de práticas terapêuticas dos setores informal e popular. Diariamente pessoas que procuram atendimento são excluídas, formando a demanda reprimida, representada pelos pacientes que vão embora sem nenhum atendimento.

Nesse sentido, ao se discutir o acesso a serviços, pode-se dizer que existem inúmeros fatores que geram a demanda reprimida, tais como: o reduzido número de profissionais; áreas físicas em más condições e, principalmente, o fato de não haver, na maioria dos serviços acolhimento resolutivo às demandas e às necessidades de saúde dos usuários que os procuram. Nessa linha, o acolhimento, considerando o que dizem

Franco, Bueno e Mehry (1999) consiste na necessidade de reorganização do serviço, a fim de que ele garanta acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado àqueles que o procurarem. Assim sendo, faz se necessário receber e ouvir todas as pessoas que buscam o serviço, com seus problemas.

E, particularmente no caso dos idosos, é preciso considerar que, muitas vezes, o que se vê na prática cotidiana é que a busca pelos serviços de saúde é para suprir a necessidade de contato social desses indivíduos que, na maioria das vezes, estão aposentados ou moram sozinhos e não dispõem de outro lugar senão uma Unidade Básica de Saúde para suprir suas necessidades de convivência social.

Alguns serviços de saúde, e também de educação, já perceberam esse fato e passaram a desenvolver espaços de convivência, com a realização de grupos, cursos, aulas e atividades físicas. Acredita-se que essas atividades são de extrema importância, pois influenciam diretamente na qualidade de vida dos indivíduos idosos.

Considerar o atendimento "humanizado" passa pela escuta ativa, por respostas resolutivas às demandas, por meio de ações que privilegiam o desenvolvimento de vínculo de confiança e credibilidade no serviço. Lopes, Silveira e Ferreira (1999) apontam cinco atitudes necessárias para o profissional de saúde adotar em seus atendimentos: escuta ativa, aceitação do outro, empatia, confiança e ausência de julgamento. Por meio da "escuta ativa", o profissional de saúde demonstra ao paciente que o compreende. Pela "aceitação do outro", o profissional aceita o outro de forma compreensiva. Com a "empatia" o compreende em seus sentimentos e não apenas em suas idéias. Pela "confiança", o profissional de saúde possibilita que o outro tome consciência de suas próprias emoções e consiga manejá-las adequadamente. E, finalmente, com a conduta de "ausência de julgamento", ele evita o desencadeamento

da não-adesão à terapêutica. Nesse caso ausência de julgamento significa evitar o a crítica negativa de alguma atitude tomada pelo indivíduo. Dessa forma, ausência de julgamento não quer dizer que o profissional deva se isentar completamente, não utilizando um senso crítico durante o atendimento.

Considerando essas reflexões e tentando avançar na compreensão da problemática, parte-se para elaborar possibilidades ou óticas de leitura dessa realidade. Para tanto formulam-se questões norteadoras visando à concretização dos objetivos deste estudo. São elas:

- a) quais fatores influenciam os idosos na escolha das alternativas de práticas terapêuticas?
- b) os idosos atestam, em suas falas e práticas, um processo crescente de medicalização da velhice? Até que ponto eles reconhecem a indução para o consumo de produtos relacionados à saúde? Ou, ao contrário, existe resistência a esse processo social de controle dos corpos e se pode falar nos idosos do estudo como "cultores da arte de curar"?
- c) quais os fatores socioculturais envolvidos nesse processo?
- d) como surgem essas práticas terapêuticas informais e populares? E como elas se relacionam com as vivências do processo saúde-doença dos idosos?
- f) essa procura é resultado de algum fator específico, como o econômico, por exemplo, ou ela se constitui ainda em uma alternativa complementar à abordagem adotada no modelo biologicistabiomédico?

A partir dessas reflexões pensa-se que é necessário, no caso dos profissionais da saúde, que atuam no sistema público de assistência, conhecer mais profundamente as necessidades, atitudes e interpretações dos idosos, com relação aos cuidados prestados nos serviços para a recuperação ou manutenção de sua saúde. Dessa forma, apresentam-se os objetivos desse estudo.

2.1 Objetivos do Estudo

A partir da fundamentação apresentada, objetiva-se conhecer e compreender o uso de práticas terapêuticas entre idosos residentes em área urbana na zona leste do município de Porto Alegre.

2.2 Objetivos específicos

Dentre os objetivos específicos traçados para responder a essa problemática, delimitou-se: caracterizar a população em estudo quanto aos aspectos sociodemográficos e socioculturais; identificar as práticas terapêuticas e as circunstâncias de uso; conhecer e discutir as influências, as atitudes, os condicionantes e os comportamentos reativos ou de adesão, em relação às práticas terapêuticas.

3 O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO ADOTADO

A descrição do método de investigação adotado está dividida em quatro partes: tipo de estudo; população em estudo; coleta de dados; análise dos dados e considerações éticas.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Foram utilizadas também algumas evidências quantitativas de caráter sóciodemográfico dos indivíduos entrevistados. A abordagem qualitativa adotada a partir de Minayo (1993), tem a função de explicar a relação social que é considerada o resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional. Essa pode ser apreendida durante o cotidiano da vivência e da explicação do senso comum. Nesse sentido, essa abordagem foi a opção considerada adequada ao tipo de investigação desta proposta.

Triviños (1987) auxilia na sustentação da escolha, quando afirma que o estudo exploratório descritivo aprofunda o estudo em uma realidade específica, e possibilita encontrar os elementos necessários para a obtenção de resultados, por meio do contato com uma determinada população. Segundo o autor, a partir desse tipo de estudo podem surgir outros problemas de pesquisa, gerando outras investigações. Essa perspectiva mostra que os resultados não se limitam a responder questões

pontuais, mas são potencialmente ricos e vão além das delimitações metodológicas e dos objetivos traçados.

3.2 População em estudo

A população em estudo compõe-se de idosos maiores de 60 anos, residentes na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), situada em área urbana na Zona Leste do município de Porto Alegre.

Foram critérios de inclusão para esta pesquisa o cadastro do indivíduo na UBS Pitoresca, pois a escolha dos participantes deu-se pelo registro gerado a partir do Programa de Cadastro de Usuários (CADSUS); idade igual ou maior que 60 anos, seguindo a classificação adotada pela ONU; ter condições de manter um diálogo, isto é, capacidade de entendimento e verbalização, visto que a coleta de dados ocorreu na forma de entrevistas; e, finalmente, o consentimento em participar do estudo pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Segundo o rastreamento realizado em 2002, durante o mapeamento da área de abrangência da UBS, a população adscrita era composta por 5.750 pessoas e 1.725 famílias aproximadamente. Após revisão no cadastro de usuários, constatou-se que havia 554 idosos residentes nessa área, ou seja, 9,6% dos moradores são idosos. Fazse necessário ressaltar que a equipe de saúde não possuía essa informação, e sempre supôs que a população idosa era a mais representativa nas comunidades por ela atendida. Porém, o que se observa após a realização dessa revisão do cadastro de

usuários, é que os idosos da população adstrita à unidade de saúde estão abaixo do percentual do município que é de 11,7% (IBGE, 2005).

Segundo o cadastro diagnóstico de um Programa de Saúde do Governo Federal, o HIPERDIA, existiam, na área de abrangência da UBS Pitoresca, 121 idosos com hipertensão, 41 com diabetes mellitus tipo II e hipertensão e 4 com diabetes mellitus tipo II. Quanto aos serviços oferecidos aos idosos na UBS Pitoresca, além do atendimento ambulatorial, são feitas avaliações periódicas pelos profissionais de saúde nas residências das pessoas que possuem algum comprometimento que as impossibilite de vir à Unidade; nesse programa existem 13 idosos cadastrados como acamados. Também é desenvolvido pela equipe de saúde um grupo de educação e saúde da Melhor Idade. Além disso, na UBS, os idosos têm prioridade para a marcação de consultas.

A área de abrangência é composta por comunidades bem distintas, e estão representados por diferentes estratos sociais. O Jardim Bento Gonçalves, a Vila dos Sargentos, a Cooperativa União, a Vila Luizinha e a Vila Biriba são as comunidades do território de ação da UBS Pitoresca.

Quanto à infra-estrutura urbana, a maioria das ruas é pavimentada, os sistemas de esgoto, água encanada e coleta de lixo não contemplam toda a comunidade, apresentando áreas de maior precariedade socioambiental.

Outra característica dessas comunidades é que elas se encontram em uma região onde predominam áreas de morros, tendo inclusive áreas de risco para habitação. Esse fator dificulta o acesso de alguns idosos que moram em regiões íngremes onde o transporte coletivo não passa.

3.2 Coleta de dados

Foram selecionados, aleatoriamente, 24 idosos residentes na área de atuação da UBS Pitoresca. A escolha quantitativa dos sujeitos foi definida a partir da perspectiva de saturação de dados. Segundo Polit e Hungler (1995), a saturação ocorre quando os dados da coleta param de produzir novas informações ou fornecem informações redundantes. Para complementar foi adotada a justificativa de Ghiglione e Matalon (1997) quando referem que, normalmente, essa saturação ocorre entre 20 e 30 entrevistas devendo atentar-se para essas duas considerações metodológicas. A seleção partiu de uma amostragem casual simples da relação de nomes do cadastro de usuários do serviço; a cada intervalo de dezoito pessoas, uma foi escolhida.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas no domicílio dos idosos, com a utilização de um guia de entrevista (APÊNDICE A), composto de duas partes. Na primeira consta a identificação do entrevistado, onde foram coletados os dados sóciodemográficos. Na segunda parte da entrevista foram elaboradas 9 perguntas abertas sobre as concepções de saúde dos entrevistados, e as práticas terapêuticas por eles realizadas. As entrevistas feitas pela pesquisadora e pela bolsista de iniciação científica EENF/UFRGS, que auxiliou na coleta de dados, foram gravadas em fitas cassete para melhor registro das informações; as mesmas serão arquivadas por um período de cinco anos e, após, serão inutilizadas.

A opção pela entrevista semi-estruturada baseou-se em Triviños (1987). Segundo o autor parte de questionamentos prévios, conforme as questões da pesquisa, e permite que a partir das respostas do informante criem-se novas hipóteses; dessa

forma, ocorre um enriquecimento da investigação. Complementando, cita-se Gil (1999) que lembra que a entrevista é uma técnica adequada para obter informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, fazem, além de obter suas explicações e razões a respeito dessas atitudes.

3.3 Análise dos dados

A análise dos dados foi desenvolvida a partir dos conteúdos das entrevistas, que, gravados nas fitas cassete, foram transcritos em detalhe com o objetivo de manter a veracidades das informações, e subsidiaram a análise temática das entrevistas. Seguindo Minayo (1993, p. 209), adotou-se a análise temática que "consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado". Os núcleos de sentido, nesse caso, partiram dos temas eleitos para a estruturação das questões-guia.

Bardin (1977), auxilia na justificativa de adoção dessa construção analítica, quando afirma que essa técnica de análise de conteúdo é adequada ao estudo das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências. Portanto, ela foi adequada a este estudo que visou a identificar e compreender as razões de utilização e consumo de práticas terapêuticas entre os idosos investigados. Já os dados quantitativos foram tratados e apresentados na forma de freqüência simples.

3.4 Considerações éticas

Este estudo foi realizado de forma a respeitar as normas da Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996), tendo como compromisso oferecer o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e danos aos sujeitos envolvidos.

Cada participante foi esclarecido sobre o desenvolvimento do estudo e para isso recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), onde constavam todos os procedimentos da pesquisa, de forma clara e simples, e onde manifestaram sua concordância, por meio de assinatura. Todos os dados foram coletados, analisados e apresentados de forma a preservar a identidade pessoal dos participantes. Assim, no capítulo da análise de dados, os nomes apresentados foram substituídos.

O projeto, na sua íntegra, foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, tendo sido aprovada sua realização no campo de estudo previsto.

4 VELHICE E SAÚDE

Partimos da compreensão de que o envelhecimento é entendido e vivido de diferentes maneiras, de acordo com as estruturas e relações socioculturais que se estabelecem. Segundo Moragas (1997), em nosso meio ocidental existem três concepções de velhice. A velhice cronológica é definida pelo fato de o indivíduo atingir 60 anos de idade. Essa definição denota objetividade na conceituação da velhice, porém não são consideradas diversas variáveis que podem influenciar a vida de uma pessoa, como, por exemplo, suas condições de vida, saúde e trabalho. Outra concepção é a de velhice funcional, onde o indivíduo é considerado velho quando se torna incapaz ou limitado. Esse conceito é bastante criticado, pois a velhice, na maioria dos casos, não corresponde à limitação; no entanto, constitui a base de definição da "sociedade do trabalho" que exclui os velhos e inaptos. E, por fim, a velhice como etapa vital onde ela é comparada com as outras etapas do ser humano, possuindo uma realidade própria e diferenciada das anteriores. Nessa concepção, constata-se que existem certas limitações, mas também potencialidades únicas e distintas que valorizam as diferentes etapas da vida.

Concorda-se com Moragas (1997) ao afirmar que essa última definição é mais justa, pois leva em consideração a realidade de cada um; no entanto, este estudo limita-se ao critério etário para definição da população idosa. Assim, serão consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais. Não se trata de desconsiderar as perspectivas valorizantes dessa etapa; apenas de estabelecer um critério de definição populacional.

Partindo desse critério, e de acordo com levantamento do IBGE, é possível afirmar que a população idosa brasileira cresceu muito nas últimas décadas. Segundo Xavier (2004) chega perto de 16 milhões de pessoas, sendo que o segmento dos idosos mais idosos (80 anos ou mais) é o que mais tem aumentado, embora seu contingente na população brasileira ainda seja pequeno (CAMARANO, 2002).

Outro fator que se observa é a feminilização da velhice. Segundo Camarano, em 1996, dos 12,4 milhões de idosos, 54,4% eram do sexo feminino. Esse fato ocorre devido à maior taxa de mortalidade entre os indivíduos do sexo masculino, por fatores biológicos e ambientais, entre eles, as causas externas (violência e acidentes). As mulheres vivem, em média, 7,6 anos a mais que os homens.

Para o setor de saúde, o fenômeno do envelhecimento populacional gera uma mudança no quadro de morbi-mortalidade (Paschoal, 1996); diminuem as doenças infecto-contagiosas e aumentam as crônico-degenerativas (neoplasias, glândulas endócrinas e metabólicas, aparelho circulatório e aparelho respiratório). Essa mudança constitui uma sobrecarga aos serviços de saúde, visto que essas doenças, não tendo cura, não podem ser resolvidas rapidamente. Constata-se, em decorrência disso, que é necessário uma reestruturação dos serviços primários de saúde para evitar as complicações causadas por essas doenças que geram altos gastos de recursos materiais e humanos e demandam tecnologias complexas.

Foi publicado, no ano de 1997, o relatório de pesquisa do Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997), que traçou um perfil do idoso residente em áreas urbanas do Rio Grande do Sul. Os resultados apresentados, acredita-se serem pertinentes para contextualizar a população deste projeto. Nesse sentido, optou-se por

apresentar esses dados para desenvolver análises comparativas que consideram parâmetros do Estado do Rio Grande do Sul.

Esse perfil mostra que dos idosos (60 anos e mais) entrevistados nas áreas urbanas, 66,22% nasceram no meio rural; isso mostra o processo de migração que ocorre na busca de melhores condições de vida. Quanto à raça, 84,82% eram indivíduos de cor branca, 8,6%, de cor parda e 6,71%, da raça negra; no entanto, não consta no relatório se essa questão foi respondida pelo entrevistador ou auto-referida pelo entrevistado.

Quanto ao estado civil, os idosos casados predominavam, embora os viúvos tivessem um percentual quase igual. Na distribuição etária, a maioria encontrava-se na faixa de 60 a 69 anos. A maioria dos idosos do Rio Grande do Sul cursou apenas o ensino fundamental incompleto; isso demonstra a dificuldade de acesso à educação que existia há 60 anos atrás. Quanto à renda do idoso, 49,08% dos entrevistados pela pesquisa recebiam entre um e dois salários mínimos e 10,41% não possuíam renda própria. As principais despesas pessoais dos idosos eram alimentação, remédios e saúde.

Tomando como base esse perfil dos idosos no Estado e, buscando conhecer e discutir suas práticas terapêuticas, supõe-se que os mesmos possuem um "grande" conhecimento informal sobre tais práticas. Esse saber informal foi adquirido, na maioria das vezes, por meio da cultura oral que é transmitida de geração para geração. Seus antepassados acreditavam no poder de cura de diversas práticas que conheciam, e essa riqueza de conhecimentos favorecia a sua utilização, principalmente pelos mais velhos. Outro fato observado nesse relatório é que a saúde é um valor, e é uma das questões que mais preocupam as pessoas que estão envelhecendo; a escolha pelo

tratamento para alívio ou cura varia também conforme a influência da cultura de origem. São valorizadas, então, as práticas com as quais tenham mais identificação sociocultural, sem desconsiderar os fatores contingentes que são resultados também da estrutura econômica e de serviços disponibilizados.

Segundo o relatório de pesquisa do Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997), em questão, os idosos, quando questionados sobre os valores mais importantes na vida, indicavam a saúde (48%) e a família (23%). Esse fato ocorre, segundo os autores, devido à maior intensidade e freqüência com que eles se envolvem com questões de doença. No tópico sobre a percepção pessoal da saúde, 49,61% consideravam sua saúde regular, e 35,90% responderam que ela era de boa a ótima. Os motivos apontados por eles, para a sua longevidade, foram o gostar de viver, a alimentação adequada e os hábitos saudáveis de vida.

Em estudo realizado por Sousa (2002), em uma vila popular de Porto Alegre, que teve como objetivo caracterizar e compreender as concepções e estratégias de saúde utilizadas por idosos, 62% dos entrevistados referiram ter boa saúde. A autora discute, entre outros fatores, o fator econômico. Naquela comunidade, muitos idosos sustentavam a família inteira (filhos e netos) com sua aposentadoria, o que prejudicava, segundo vários relatos, a adesão à terapêutica prescrita pelos profissionais de saúde; por isso, muitos deles recorriam aos chás medicinais, às benzedeiras e às crenças religiosas para tratarem seus problemas de saúde; no entanto, essas práticas não eram excludentes, pois coexistiam com as práticas institucionais, quando possível.

Segundo Moragas (1997), o idoso tem certa dificuldade de acesso a essa área de saúde devido à complexidade dos sistemas modernos de atenção à saúde, e mesmo devido ao seu problema de saúde. Acredita-se que, nesse momento, se o idoso

não conta com a família, que é um intermediário na procura por serviços de saúde, ele pode adotar alguma prática terapêutica de que tenha conhecimento.

Segundo Xavier (2004), uma pesquisa do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE) do Ministério da Saúde revelou que 73% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente do sistema público de saúde. Em contrapartida, o atendimento despendido a essa população está longe do ideal, faltam profissionais qualificados que tenham uma abordagem adequada a essa população.

Essas contradições coabitam hoje com concepções que atestam que a saúde, na velhice, nos últimos anos, sofreu mudanças no ideário coletivo; ser idoso começa a deixar de representar degeneração fisiológica, abandono, ausência de papéis sociais e morte, e passa a relacionar-se com qualidade de vida e "melhor idade". Nesse sentido, observa-se que o mercado tem uma grande oportunidade de oferecer serviços de lazer e orientações preventivas para evitar e retardar ao máximo a velhice.

Esses argumentos auxiliam nas análises que se passa a desenvolver. Para tanto os resultados da investigação são apresentados e analisados em duas partes: inicialmente a caracterização sociodemográfica dos 24 idosos entrevistados e, após, são discutidas suas falas, quanto ao tema desta investigação.

4.1 Caracterização sociodemográfica e informações de saúde dos idosos

Os dados analisados nessa etapa foram os relacionados à faixa etária, ao sexo, à raça e etnia, à escolaridade, e à atividade profissional. Salienta-se que os idosos foram selecionados aleatoriamente.

Quanto à idade, assim como no relatório do Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997), apresentado anteriormente, a maioria dos vinte e quatro entrevistados encontrava-se na faixa etária de 60 a 69 anos (15 idosos). Ainda nesta pesquisa, nove tinham idade entre 70 e 79. A média de idade dos idosos era de 68 anos. Não foi encontrada nenhuma prática que distinguisse os idosos mais idosos – no caso desta pesquisa, aqueles com idades entre 70 e 79 anos – e os idosos com menos de 70 anos. O que se observou foi uma similaridade na utilização das práticas terapêuticas entre todos os idosos entrevistados.

O sexo também seguiu o contingente majoritário nessa amostra, refletindo a maioria feminina. Treze dos entrevistados eram mulheres. Quando questionados quanto à raça, vinte responderam serem brancos, dois negros e dois pardos/mestiços. Novamente observa-se que o grupo de entrevistados teve uma caracterização semelhante ao perfil encontrado nas informações gerais sobre os idosos do Rio Grande do Sul (1997). A diversidade de etnias encontradas mostra a miscigenação existente na população do município de Porto Alegre. Foram referidas várias descendências, que estão apresentadas na Tabela 1. Houve predominância da etnia Italiana, embora dez idosos não soubessem referir qual era sua ascendência. Somente três entrevistados referiram mais de uma etnia.

Tabela 1- Etnia auto-referida pelos idosos – Porto Alegre - 2004.

Etnia	N
Italiana	4
Alemã	2
Africana	2
Indígena	1
Espanhola	2
Alemã/Portuguesa/ Indígena	1
Espanhola/Portuguesa	1
Espanhola/ Indígena	1
Não sabe	10
Total	24

Fonte: Pesquisa direta, Souza e Imperatori, Porto Alegre, 2004.

Encontrou-se, nas entrevistas, que os três que referiram serem descendentes de índios possuíam uma tradição familiar para o uso de chás e receitas naturais. O mesmo resultado também foi encontrado entre os quatro descendentes italianos, que referiram o uso de remédios caseiros tradicionais e originários das práticas familiares.

Em relação à escolaridade, dezesseis idosos referiram somente o ensino fundamental incompleto, dois, o ensino médio incompleto, um, o superior incompleto, um, o superior completo e quatro eram analfabetos. Das quatro pessoas analfabetas, três eram mulheres, e as pessoas com maior grau de escolaridade eram homens. Isso demonstra não somente a dificuldade de acesso ao estudo, na década de 40, como também mostra a influência das relações e hierarquias de gênero. Naquela época a escolarização da mulher não era a prioridade da família; ela era preparada para o casamento, a criação de filhos e o trabalho doméstico. Conseqüentemente, segundo Veras (1994), essas mulheres que possuem menor nível de escolaridade têm menos acesso aos recursos financeiros, o que dificulta o enfrentamento dos desafios característicos da idade. No entanto, a cultura feminina favorece as opções

relacionadas a atividades no meio familiar, a ocupação com a descendência, o envolvimento em atividades sociais, trabalhos manuais entre outros. Essas atividades são fonte de manutenção do convívio social na velhice.

Quanto à atividade econômica, vinte e um idosos encontravam-se aposentados ou inativos. Constata-se que a baixa escolaridade se refletiu nas profissões que os entrevistados exerciam, expressa na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo ocupação – Porto Alegre - 2004.

Profissão	N
Agricultor/ motorista	1
Auxiliar Administrativo	2
Auxiliar de Copa	3
Auxiliar de Enfermagem	1
Auxiliar de Serviços Gerais	3
Cobrador	1
Comerciante	1
Comerciaria	1
Costureira	2
Do Lar	2
Eletricista	1
Funcionário Publico	1
Metalúrgico	1
Militar	1
Motorista	1
Pedreiro	1
Professor ensino médio	1
Total	24

Fonte: Pesquisa direta, Souza e Imperatori, Porto Alegre, 2004.

No entanto, a partir da tabela acima, observa-se que a maioria desenvolveu atividades no mercado de trabalho com alguma qualificação. Isso se refletiu na

valorização que os mesmos atribuíram à relação com o trabalho como necessária para se ter saúde e a idéia do corpo útil como "idealização".

Quando questionados sobre a renda familiar, quatro idosos preferiram omitir essa informação. As rendas familiares dos demais variavam entre 260,00 e 3.000,00 reais, ficando a média em torno de 844,00 reais e a mediana, em 650,00 reais. A maioria dos entrevistados possuía imóvel próprio e ajudava os familiares, cedendo seu terreno para a construção de outro imóvel, freqüentemente para filhos ou parentes. Esse quadro econômico refletia-se no acesso facilitado desses idosos aos serviços de saúde, visto que a metade deles era beneficiário de algum plano de saúde.

No que se refere às condições gerais de moradia, o número médio de pessoas morando na casa, incluindo o idoso, foi de três pessoas, com o máximo de seis pessoas; 3 idosos moravam sozinhos. Moravam com seus respectivos companheiros 5 idosos, 4, com seus filhos, 4 moravam, além de esposa e filhos, com genros, netos e/ou pais, e, a maioria (8) morava com seus filhos e esposas(os). Esses arranjos familiares atestam as estratégias postas em práticas pelos grupos para subsistência e os enfrentamentos cotidianos de vida e saúde.

Sobre as condições/concepções de saúde, quatorze idosos responderam que eram pessoas saudáveis (Figura 1), quatro referiram não ter tido nenhum problema de saúde nos últimos seis meses.

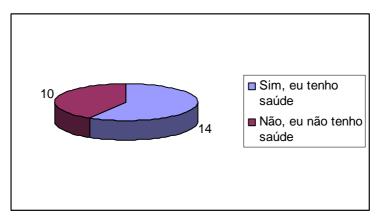


Figura 1 – Referência dos idosos sobre a sua saúde, Porto Alegre, 2004. Fonte: Pesquisa direta, Souza e Imperatori, Porto Alegre, 2004.

Adiante discute-se mais profundamente a questão da percepção de saúde dos entrevistados e como isso influencia na adoção e escolha das práticas terapêuticas.

Com relação aos problemas de saúde, os entrevistados relataram os seguintes: hipertensão arterial sistêmica (14); diabetes mellitus (4); problemas respiratórios (4); problemas cardíacos e circulatórios (8); colesterol elevado (3); problemas emocionais (3); labirintite e tontura (2); problemas gástricos (1); problemas ósseos (2) e hipotireoidismo (1). Seis idosos referiram não ter problema, quatorze referiram mais de uma doença em seu histórico. Constata-se a prevalência das doenças de longa duração, sendo a hipertensão arterial sistêmica a mais referida pelos idosos entrevistados. Esse resultado é semelhante ao encontrado no relatório do Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997), onde a hipertensão foi o problema de saúde mais referido pelos idosos.

No que se refere ao uso de medicações, pode-se observar a partir da Figura 2 que as mais utilizadas eram as antihipertensivas que apareceram em 10 respostas,

seguidas de sete referências aos diuréticos que também são utilizados como adjuvantes no tratamento antihipertensivo.

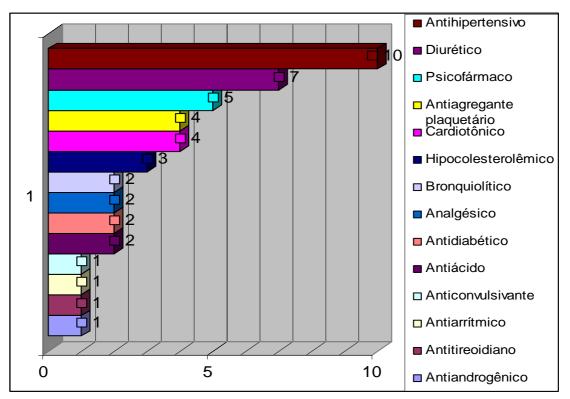


Figura 2 – Distribuição dos medicamentos utilizados pelos idosos entrevistados - Porto Alegre – 2004.

Fonte: Pesquisa direta, Souza e Imperatori, Porto Alegre, 2004.

Quanto à associação de medicações, treze idosos referiram usar mais de um medicamento. Quatro idosos utilizavam somente uma medicação e sete referiram não usar medicação regularmente.

A partir da Figura 2 observa-se, também, que existe coerência entre as medicações mais utilizadas e a ocorrência do problema de saúde entre os idosos, como por exemplo os anti-hipertensivos e diuréticos. Constata-se, também, que, assim como em outros estudos (VILARINO et al. 1998; ARRAIS et al. 1997 e LOYOLA FILHO et al.

54

2002), os medicamentos mais utilizados na automedicação, os analgésicos foram os

referidos pelos idosos. Esse aspecto será melhor explorado na análise das práticas

terapêuticas.

A partir dessas bases de caracterização apresentam-se e discutem-se as

categorias surgidas nas falas dos idosos entrevistados.

4.2 Os idosos: sua saúde e adoecimento

Analisando as falas dos idosos expressas nas questões abertas da entrevista,

classificaram-setrês categorias, quais sejam: "concepções de saúde dos idosos";

"cuidados com o corpo na velhice"; e "práticas terapêuticas entre idosos". A primeira

categoria surgiu, principalmente, da questão "O que é ser uma pessoa saudável?",

sendo identificados três subcategorias: a saúde na dimensão biológica; a saúde na

dimensão social e funcional; e a saúde na dimensão de qualidade de vida.

A categoria "cuidados com o corpo na velhice" emergiu da questão "Quais

cuidados realiza para se manter com saúde?". Dessa categoria surgiram duas

subcategorias: a dieta como terapêutica e a medicalização do corpo, na velhice.

Para a categoria "práticas terapêuticas entre idosos" foram consideradas as

respostas das questões "O que faz quando percebe que está com algum problema de

saúde?", "Quem costuma procurar quando identifica um problema?", "Usa algum outro

meio para buscar alívio ou para curar algum problema? Qual? Para qual problema?

Quem lhe indicou? Como prepara ou onde adquire remédios caseiros?" e "Conte-me

sua trajetória de saúde-doença nos últimos seis meses e quais condutas foram adotadas".

As respostas dos idosos a essas últimas indagações foram classificadas e discutidas conforme Helman (2003): alternativa informal, alternativa profissional e alternativa popular.

A seguir, serão discutidas detalhadamente cada uma das categorias observadas, com apoio teórico da revisão bibliográfica.

4.2.1 Concepções de saúde dos idosos

Partindo do pressuposto de que o significado do termo saúde é importante para discutirmos as práticas terapêuticas entre os idosos, a categoria "concepções de saúde dos idosos" foi subdivida em três subcategorias: saúde na dimensão biológica; saúde na dimensão social e funcional e, saúde na dimensão de qualidade de vida.

4.2.1.1 Saúde na dimensão biológica: "o médico hoje não atende o paciente, atende à doença."

Nessa subcategoria encontram-se sete depoimentos, os quais se referem ao caráter predominantemente biológico da saúde. A visão de que saúde é ausência de

doença, dor e sofrimento, constitui-se em referência freqüente ao se considerar historicamente o processo saúde-adoecimento. Concordando com Vilarino (2002), acredita-se que essa visão biologicista do processo saúde-doença é influenciada pela predominância de políticas e práticas de saúde em nosso meio. Como se sabe, as práticas de saúde privilegiam e legitimam o modelo médico-curativo, centrado na figura do profissional médico, que tem como característica de atuação a dimensão biológica, no processo de tratamento e cura de um problema de saúde.

Contrapondo essa hegemonia citam-se as reflexões de autores como Dejours (1986), Capra (1982) e Lopes (2002) sobre o dinamismo do processo de saúde e doença, e da multiplicidade de concepções sobre saúde, visto que é um estado que depende de muitos fatores que incluem influências sociais e ambientais, e não só biológicas.

No entanto é essa hegemonia do biológico que se observa nos depoimentos abaixo:

Uma pessoa saudável é uma pessoa que não sente dor, que não tem coisa nenhuma (Abel³, 75 anos).

Eu acho que é a pessoa não ter doença nenhuma, né? Ser uma pessoa normal (Ada, 63 anos).

Ao afirmarem que uma pessoa saudável não tem nenhuma doença e também não sente dor, Abel e Ada deram ênfase à dimensão biológica da saúde. Dessa forma, sugeriram que, para eles, saúde é um acontecimento que ocorre em um corpo individual e biológico, onde não ter saúde é sinônimo de dor, doença e anormalidade. De certa forma evidencia-se o discurso higienista que culmina com uma definição do "normal", da "pessoa normal" como aquela que "não tem doença nenhuma".

Na próxima fala Adão aponta para os indícios da saúde objetiva:

É ser uma pessoa que faz exames e tem bons resultados (Adão, 66 anos).

O conteúdo dessa fala nos remete a discussão de Doll (1998) sobre a saúde objetiva e a saúde subjetiva. Adão avalia sua saúde a partir de subsídios objetivos de saúde como os exames diagnósticos. Segundo ele para ser saudável uma pessoa deve fazer exames a fim de avaliar sua condição física a partir de parâmetros médicodiagnósticos. Acredita-se que baseado nesse entendimento Adão respondeu que não tem saúde, pois conforme ele afirmou, nunca fazia exames. Dessa forma, os indivíduos não têm poder sobre o próprio corpo e são apenas objeto da ação externa capaz de lhes dar, restituir e legitimar a condição de ter saúde ou não. Com isso, ao constituírem seu discurso sobre a saúde tentam fazê-lo a partir do que "deve" ser dito. Para Lefèvre, esse é um dos reflexos das sociedades capitalistas como a nossa que, ao se preocuparem apenas com os aspectos negativos da saúde, ou seja, a doença, associam-na a produtos de consumo, como, por exemplo, planos de saúde e medicamentos e, no caso de Adão, a exames. Portanto, ao utilizar somente fatores da saúde objetiva o idoso tende a avaliar sua saúde de uma forma negativa, como mostra Adão.

Adolfo e Abigail referiram outros exemplos que consideravam a saúde nesta dimensão biológica:

É uma pessoa que não tem uma doença crônica, que necessita de cuidados especiais, não tem deficiências (Adolfo, 65 anos).

Não ter problema nenhum, problema de doença ou físico mesmo, não sei como é que posso dizer, acho que é isso (Abigail, 67 anos).

_

³ Os nomes apresentados foram substituídos para preservar a identidade dos entrevistados.

Para esses idosos o fato de uma pessoa ter uma doença crônica ou deficiência física qualquer significava que ela não tem saúde. Nesse sentido, tem-se que questionar se uma pessoa que possui uma doença como hipertensão ou diabetes, que faz tratamento regularmente, encontra-se com o problema estabilizado, possui as condições necessárias para sobreviver, tem bom relacionamento familiar e social, esta pessoa, pode ou não ser considerada saudável? Novamente questiona-se, se existe um estado de completa saúde. E, dessa forma, pensando particularmente a realidade do idoso em seus processos de perdas orgânicas e fisiológicas decorrentes do envelhecimento, a idéia de um "estado de saúde perfeita" não deveria ser difundida e estimulada pelos profissionais de saúde, a fim de se evitar um estresse desnecessário (LOPES, 2002).

Essas são as conseqüências da dimensão biológica da saúde humana que se mantém ainda muito difundida pela Medicina tradicional e seu modelo biologicista que segundo Helman (2003) enfatiza, hoje, mais a doença em suas dimensões físicas do que a saúde. O autor refere como premissas básicas da perspectiva de atuação do médico, a racionalidade científica, a ênfase na mensuração objetiva e numérica, a ênfase em dados psicoquímicos, o dualismo mente-corpo, a visão das doenças como entidades, o reducionismo e a ênfase no indivíduo paciente, não na família ou na comunidade. Todas essas características da Medicina ocidental favorecem que somente sejam identificadas as disfunções físicas, ignorando-se, assim, as condições do indivíduo como ser humano. Com isso, o ser humano é reduzido a um conjunto de fatores fisiológicos anormais (HELMAN, 2003).

Um exemplo dessa visão medicalizada está no depoimento de Adolfo:

O médico, hoje, é mais competente que o de antigamente, tem mais conhecimento, tem mais estudo, só que ele tem menos contato. O médico, hoje, não atende o paciente, atende a doença. Conhecer o paciente ou tratar o paciente? Não, ele vai tratar a doença. Tem gente que primeiro tem que conhecer o médico, e se não gostar do médico, vai para outro. [...] então se o médico tratar do paciente, certamente vai atender melhor. No momento que ele transmitir confiança ao paciente, ele pode dizer que cocô de gato é bom que o paciente acredita. É a coisa mais automática que tem, tu vai no médico ele te pede o que tu tem, é isso, e já te dão a receita, nem te olha (Adolfo, 65 anos).

Esta fala demonstra como alguns pacientes idosos vivenciavam a dificuldade no relacionamento com os profissionais médicos, e como a falta de diálogo prejudica a relação médico-paciente. Adolfo observou claramente os progressos do conhecimento e tecnológicos na saúde, porém entendia que com esse progresso os profissionais médicos acabaram se afastando do paciente, prejudicando visivelmente o tratamento. Em discussões anteriores foram citados autores como Leite e Vasconcellos (2003) e Diaz (1996), que novamente auxiliam na compreensão dessas dificuldades de relacionamento que, segundo eles, afetam diretamente a adesão à terapêutica recomendada. A essa dificuldade de relacionamento acrescentam-se outros fatores que predispõem à não adesão, como os relacionados aos efeitos dos medicamentos, as dificuldades de compreensão da doença e os problemas econômicos. Conclui-se que esses fatores apresentados pelos autores, acima são potencializados, quando não há um bom relacionamento profissional-paciente. Nessa linha de raciocínio acredita-se que se fazem necessárias reflexões, principalmente sobre a formação dos profissionais de saúde para que ocorram mudanças nesse panorama de impessoalidade, considerando o vínculo profissional-paciente como fundamental para o sucesso do plano terapêutico.

Neste grupo de idosos que entendia saúde em uma dimensão biológica, cinco deles referiram que procuravam somente o médico quando sentiam algum problema no

corpo, embora afirmassem fazer uso de remédios caseiros para resolver problemas considerados leves. Dois idosos deste grupo referiram que não costumavam consultar profissionais médicos, somente utilizavam receitas de chás medicinais para problemas comuns, já outros dois "não realizam muitos cuidados" para a sua saúde.

A partir dessas reflexões, acredita-se que são necessários atenção e respeito a essas expressões de entendimento do processo saúde e doença, visto que interferem na adoção das práticas terapêuticas e, conseqüentemente, na sua efetividade. Complementando essa dimensão e atestando a diversidade com que os idosos pensam e vivem sua relação com o processo saúde-adoecimento e com os sistemas organizados de saúde, parte-se para discutir as influências sociais emergentes nas falas.

4.2.1.2 Saúde na dimensão social e funcional: "tem saúde a pessoa que consegue trabalhar"

Nessa subcategoria observa-se, nos depoimentos dos idosos, que o processo saúde e doença é interpretado como estando diretamente ligado aos usos sociais do corpo, como, por exemplo, trabalho, realização de atividades diárias, bem como alimentação, lazer e contatos sociais.

A relação com o trabalho foi expressa nos seguintes depoimentos:

Uma pessoa com saúde tem disposição pra fazer todo o serviço rápido (Açucena, 65 anos).

É a pessoa que consegue trabalhar (Adair, 78 anos).

Para esses dois idosos ter disposição e conseguir trabalhar eram indicadores fiéis da saúde de uma pessoa. Essa relação entre saúde e possibilidade de trabalhar foi expressa na metade dos depoimentos.

Nesses relatos, observa-se que a saúde encontra-se relacionada à força de trabalho, e estar saudável é uma condição muito especial para se ter uma vida produtiva e se sentir útil como fala Adeline:

[...] já vou fazer 69 agora no fim do ano e ainda trabalho, quer dizer que eu ainda sou uma pessoa bem útil (Adeline, 68 anos).

A fala de Adeline mostra que, para ela, poder trabalhar com 69 anos era uma conquista e que nem todos que possuem essa idade têm essa possibilidade. Dessa forma, a saúde é um elemento fundamental ao trabalho e confunde-se com ele próprio: "saúde é trabalho". Além disso, é fator de inserção social.

Em seu trabalho sobre a história da saúde na cidade de São Paulo, no final do século XIX e início do século XX, Romero (2002) mostra como o Brasil seguiu a tendência da Revolução Industrial, quando os capitalistas viram a importância de manter saudáveis os trabalhadores das fábricas para não interromper a produção. Portanto, essa noção de que saúde é poder trabalhar provavelmente tenha raízes nessa época em que o Brasil iniciava sua produção industrial. A idéia do corpo útil se faz acompanhar nessa dimensão da saúde, mas também reflete a importância que tem o trabalho como forma de organização social predominante e instrumento por excelência de inclusão social, sem esquecer de sua importância como realização pessoal e como construtor da cidadania.

Assim como Vilarino (2002), também encontram-se nos depoimentos dos idosos visões mais "filosóficas" sobre saúde, associando-a ao bem-estar e à própria vida. Pode-se observar o valor que a saúde representava para as suas vidas nas falas de Alfredo e Ágatha, respectivamente:

Sinal que está bem de vida, é o principal. Uma pessoa com saúde está bem (Alfredo, 67 anos).

A pessoa com saúde é uma coisa boa. Ter saúde é uma coisa boa pra gente, né (Ágatha, 70 anos).

Para eles a saúde era considerada como um dos valores mais importante em suas vidas. Quando Alfredo referiu que ter saúde é "um sinal que a pessoa está bem de vida" significa que todos os outros problemas da vida são menores e podem ser resolvidos, a saúde era vista como uma condição básica para se sentir bem.

A partir da próxima fala observa-se a importância que estar/ser saudável tem na vida dos idosos, visto que a incapacidade física gera dependências, e esse é o problema que mais os preocupava:

Eu acho que a coisa mais maravilhosa no mundo é pessoa com saúde, porque eu já não tenho mais. [Essa] é uma pessoa rica, uma pessoa que tem a vontade de vencer na vida. É muito fácil, basta a pessoa encarar, porque não tem nada que possa impedir; já a pessoa com problemas é muito mais difícil (Adamastor, 72 anos).

Segundo Adamastor uma pessoa com saúde tem obrigação de "vencer na vida", pois para ela tudo é possível, e nada pode lhe impedir, o que não acontece com alguém que possua problemas de saúde. Nesse sentido, evidencia-se o que foi encontrado no Relatório de Pesquisa sobre os Idosos no Rio Grande do Sul (1997), onde a saúde é uma das questões que mais preocupa os idosos.

Observa-se nestes depoimentos a importância da promoção da autonomia e da independência funcional das pessoas idosas como pressupostos terapêuticos, pois o

fato de sentirem-se úteis e capazes afeta diretamente sua auto-estima. Também, a definição de metas é muito importante nesse processo, auxiliando e encorajando os idosos a buscarem objetivos de vida, valorizando mesmo as pequenas possibilidades.

Seguindo nessa dimensão, encontra-se em Rosa (2004) referências a vários estudos que mostram a importância que o contexto social tem na manutenção da saúde. Esses estudos sugerem que as redes formadas por laços sociais com parentes e amigos têm relação com a promoção da saúde e proteção contra doenças.

Para os treze idosos que compreendem a saúde em uma dimensão social e funcional, a maioria deles (8) utilizavam-se da alternativa profissional periodicamente, juntamente com a prática informal de chás medicinais para problemas de saúde considerados comuns. Dois idosos referiram utilizar somente a alternativa profissional, pois não viam resultado no uso de chás caseiros. Somente uma idosa deste grupo referiu que não utilizava a prática terapêutica profissional, e também não costumava ingerir chás ou receitas caseiras; essa idosa referiu que nos cultos da Igreja Universal costumava pedir pela sua saúde.

Essas dimensões até então apresentadas são complementadas por outras formas mais complexas de pensar a relação com o corpo e as práticas de saúde. A idéia da qualidade de vida aparece cada vez mais influenciando as concepções e formas de viver a vida em suas diferentes fases.

4.2.1.3 Saúde na dimensão de qualidade de vida: "Não pensar que a idade tá chegando."

Nessa subcategoria encontram-se falas mais abrangentes que englobam aspectos do corpo, da mente e aspectos sociais como podemos observar nos próximos depoimentos:

Bom, considerando saúde no plano físico é uma pessoa que toma os cuidados e medidas necessárias quanto à alimentação em primeiro lugar e quanto ao modo de vida. Tem que ter uma vida com aspectos de higiene e com uma atividade física, para compensar no plano físico. E nas partes que eu acho que é um conjunto, espírito, mente, a pessoa tem que ter tranqüilidade espiritual e de consciência também pra poder evitar que surjam doenças. Se a pessoa tem algum problema de consciência ou de outra natureza, pode repercutir no corpo físico (Adalton, 65 anos).

Ser uma pessoa com saúde, pra mim, é ter bastante cuidado, comer, se alimentar adequado, fazer exercícios, caminhadas de 1 hora por dia. Fazer exames periodicamente. Ser uma pessoa alegre, não brigar com o mundo, como diz o outro, acho que é o essencial (Alba, 60 anos).

É a gente ter pensamento positivo e sentir alegria no coração, sentir paz, ser alegre com as pessoas, pra mim é isso aí. Não pensar que a idade tá chegando, não pensar que é velha, não existe a velhice, a velhice tá na cabeça de cada um. Por dentro, eu me sinto jovem (Aida, 70 anos).

Verifica-se que nesses depoimentos as concepções de saúde incluíam outros elementos além daqueles analisados nas subcategorias anteriores. Para Adalton a saúde era resultado de um conjunto de condições do corpo, da mente e do espírito. Para ele, ter um problema de "consciência" ou espiritual podia se transformar em problemas para o corpo físico. Alba e Aida lembraram que a alegria também é fundamental para manter a saúde física. Para Aida era importante não se sentir velha,

pois a cabeça é a responsável pelo estado de saúde. Segundo ela se uma pessoa se sente velha, será velha.

Os entrevistados relataram cuidados principalmente com o corpo, como dietas, exercícios e exames, mas também fizeram referência aos cuidados com a mente e o espírito para manterem-se saudáveis. Essas referências à saúde em uma dimensão de qualidade de vida apareceram em quatro das entrevistas.

Essas concepções de saúde nos remetem a estudos e noções sobre qualidade de vida como as apresentados por Patrick e Erickson (1999) e por Fleck (2000), onde o indivíduo reflete sua condição e posição em relação ao seu meio e a seus valores.

Nesse sentindo, muitos autores têm discutido concepções de saúde e qualidade de vida na velhice. Autores como Livtoc e Brito (2004) por exemplo, apresentam a teoria do envelhecimento bem-sucedido, a qual é constituída por três situações essenciais: a prevenção de doenças e incapacidades, a boa capacidade funcional, tanto física quanto cognitiva e a participação ativa na sua comunidade.

Pensa-se que, do ponto de vista das práticas profissionais em saúde essa teoria auxilia nas reflexões, pois engloba fatores corporais, mentais e sociais. No primeiro deles, além da ausência de doenças e incapacidades, está a prevenção e o controle dos fatores de risco que têm se mostrado relacionados ao aparecimento de problemas de saúde. O segundo fator, que diz respeito à boa capacidade física e cognitiva, tem sido apontado, em diferentes estudos, como grande influência no envelhecimento bemsucedido. Observa-se que características socioeconômicas como baixa renda e baixa escolaridade, assim como ausência e/ou poucas atividades de lazer e falta de suporte emocional de amigos e familiares estão relacionados com o declínio da capacidade

física. Já na capacidade cognitiva, o principal fator protetor da memória e do raciocínio é a alta escolaridade, segundo os autores.

A terceira situação essencial apresentada pelos autores para um envelhecimento saudável é a realização, durante toda a vida, de atividades comunitárias. Essas relações extra familiares colaboram para a construção de uma coletividade solidária que pode vir a criar redes de apoio, e pode, inclusive, se caracterizar por atividades produtivas com geração de renda. Essa referência, vai ao encontro da idéia de sentir-se útil e ter objetivos e metas já, apresentada anteriormente, lembrando também os contatos sociais que são criados e mantidos nessas atividades.

A importância da subjetividade dos idosos para o entendimento de sua saúde também é componente dessa dimensão conceitual. Aqueles idosos que compreendem saúde apenas como ausência de doenças são dependentes, muitas vezes, do que o profissional médico atesta ou refere sobre sua saúde. Já aqueles que avaliam sua saúde a partir de aspectos mais subjetivos como percepções, crenças e expectativas individuais, têm a tendência de avaliar positivamente sua saúde, tendo, assim, uma melhor auto-estima, maior autonomia e disposição para atividades diárias.

Outra questão menos citada nos depoimentos sobre concepções de saúde, mas que adquire importância na discussão é a higiene:

- [...] tem que ter uma vida com aspectos de higiene [...] (Adalton, 65 anos).
- [...] cuido a higiene, gosto [de] tudo bem limpinho, tudo caprichado, o meu corpo, a minha casa, tudo (Aida, 70 anos).

Para Adalton era importante "ter uma vida com aspectos de higiene" para se manter saudável. Aida nos exemplificou que gostava de cuidar da higiene do corpo, da casa, de tudo.

A "higiene" e sua vinculação com a saúde tem raízes históricas. No Brasil, no início do século XX, foram difundidos, pelas escolas de Medicina, os preceitos higienistas da Medicina hipocrática, que tinha prescrições para a elite. A limpeza e o asseio dos corpos eram pregados como obrigação social para o controle da transmissão de doenças, pois os corpos sujos seriam produtores de doença e, portanto uma ameaça à saúde pública (ROMERO, 2002).

No Brasil, diferentemente da Grécia Clássica, os ensinamentos valiam para todas as classes sociais e, particularmente, para as menos favorecidas. Além do banho diário, da higiene da boca e dos órgãos sexuais, os médicos ensinavam comportamentos higiênicos de boas maneiras, como postura correta, não escarrar no chão e não espalhar "perdigotos" ao falar ou tossir. Todas essas regras, pesquisadas em Khel citado por Romero (2002), visavam ao bom funcionamento do organismo e à construção do "tipo ideal" de homem.

Observa-se, portanto, essa noção higienista nas concepções de saúde entre a população. Essa tendência de associar higiene e saúde está impregnada nas práticas institucionais e profissionais atestando seu caráter normativo, sendo observada quando se culpabiliza o indivíduo por suas escolhas e estilo de vida.

Nesse grupo de quatro idosos que referiram o vínculo saúde-qualidade de vida três utilizavam-se predominantemente de práticas informais, mais especificamente a automedicação e o uso de chás medicinais. Procurar a igreja foi a prática terapêutica referida pela outra entrevistada deste grupo que entendia saúde como qualidade de vida. Com exceção de um idoso, todos eles referiram buscar a prática terapêutica profissional regularmente para revisões e quando algum problema persistia ou se

complicava. Os centros de religião afro-brasileira também foram procurados por uma idosa para a solução de casos de doença.

Analisando as diferentes concepções que surgiram dos depoimentos dos idosos, podemos fazer uma comparação com as constatações que Nogueira (2002) fez em seu texto Higiomania: a obsessão com a saúde, sobre a evolução da noção de saúde.

Quando o autor questionou-se sobre o que consistia a saúde, obteve três respostas. A primeira, vinda do século XVIII, definia saúde como ausência de doença; essa é uma forma negativa de ver a saúde. Por essa visão, a saúde seria assegurada pela correta aplicação da ciência e da técnica.

A segunda resposta veio do século XIX e foi além da confiança na ciência e na técnica; consistia em acreditar que a saúde era um estado de bem-estar, ficando a cargo do Estado oferecer um conjunto de serviços ao alcance coletivo. Porém, ocorreu uma mudança nessa concepção, no século XX, surgindo a definição da OMS no ano de 1948 de que saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença.

A terceira resposta obtida pelo autor diz que a saúde surge de uma modernidade tardia, onde ela é sobrevalorizada, na forma de obsessão de cuidados com o corpo. Esses cuidados excessivos são hoje difundidos diariamente pela mídia, pelas revistas e internet. Os profissionais de saúde não são mais os detentores do saber científico, que hoje é facilmente alcançado pelas pessoas ávidas por novas formas de tratamentos de saúde e estética.

Essa idéia de "obsessão com os cuidados de saúde" é discutida a seguir, na categoria "cuidados com o corpo na velhice", onde se identificam as subcategorias "a dieta como terapêutica" e "a medicalização do corpo na velhice".

4.2.2 Cuidados com o corpo na velhice

Nessa categoria observa-se que os idosos relacionam os cuidados com a saúde àqueles referentes ao corpo. Esta categoria foi dividida em duas subcategorias: a dieta como terapêutica e a medicalização do corpo na velhice. A maioria dos relatos tratou dos cuidados com a alimentação na forma de dieta como terapêutica, outros referiram os cuidados "medicalizados" da saúde como exames, remédios e consultas; cuidados com a mente e o espírito não foram relatados pelos entrevistados. Dessa forma, evidenciam-se resultados que corroboram a afirmação de Nogueira (2002) de que a sociedade, como um todo, tem se preocupado excessivamente com a aparência e as condições do corpo, devido à imagem de saúde construída pela sociedade contemporânea.

4.2.2.1 A dieta como terapêutica: "Eu tomo vitamina, eu tomo leite, eu como fruta, eu me alimento bem."

Discutindo a dieta como terapêutica, evidenciada nas falas seguintes, na forma como está difundida entre os idosos, identifica-se aquilo que Vilarino (2002) denomina "dieta da mídia", referindo-se ao bombardeio cotidiano de informações:

[...] a alimentação que não faz bem, eu não como. A gente toma muito cuidado de não comer comida gordurosa demais, nem com sal que não

faz bem, né? A gente, pra mim, eu cuido muito também sobre isso aí, eu tenho problema de coração de angina e diabetes (Ada, 63 anos).

Comer bastante fruta, comida forte, né [...]. Como bastante feijão, arroz, massa, salada, peixe, bastante frutas (Adelino, 64 anos).

Eu tomo vitamina, eu tomo leite, eu como fruta, eu me alimento bem, faço uma comida bem temperadinha [...] (Aida, 70 anos).

Como podemos observar, os entrevistados demonstraram preocupação com os cuidados alimentares como, por exemplo, a variedade dos alimentos ingeridos. A gordura e o sal, nas falas dos idosos, foram considerados os vilões da cozinha; já verduras e frutas, as "bandeiras da boa alimentação". Porém, observamos também uma contradição na fala de Aida que refere cozinhar uma comida "bem temperadinha", o que não seria indicado para quem possui problemas de hipertensão.

Ada em sua fala sugeriu que a comida faz parte de um plano terapêutico para os seus problemas de saúde. Quando ela disse que não comia comida com muita gordura e com sal estava demonstrando que tinha consciência de que este tipo de alimentação constitui riscos à sua situação de saúde. Nesse sentido, autores como Helman (2003) referem que a comida não é apenas uma fonte de nutrição e que em muitas sociedades ela pode ser considerada como remédio, a partir de uma gama de significados simbólicos. Acrescenta-se que, além de simbólicos, esses significados mais do que nunca assumiram um caráter científico de componentes de risco à saúde.

Muitos estudos recentes mostram a importância da dieta para a manutenção da saúde. Resultados de pesquisas, que, muitas vezes, contradizem estudos já publicados, são divulgados semanalmente na mídia. O que se tem apresentado como desafio na prática assistencial em saúde, é que ocorre uma busca por certas dietas

ditas da moda. Essa tendência "mercadológica", de influências diversas e, muitas vezes, contraditórias, gera situações de insegurança nos usuários e profissionais.

Dos vinte e quatro idosos entrevistados, quinze referiram que realizavam cuidados com a alimentação para manter a saúde. Considerando os limites da técnica de entrevista para coleta de dados pensa-se que muitas respostas dos idosos sofreram influência do "deve ser" e não refletiram a prática. Somente um entrevistado admitiu que seus cuidados com a saúde não eram como ele achava que deveriam ser. Não podemos afirmar que a maioria dos entrevistados deste estudo cuidava realmente de sua alimentação como eles próprios referiram. Como saber se suas respostas foram influenciadas ou não pela presença de um profissional de saúde? É possível que os idosos repetissem apenas condições ideais, evitando assim serem repreendidos pelos seus hábitos.

Acredita-se que o profissional de saúde e de Enfermagem se defrontam com essas influências em sua prática assistencial. Dessa forma, "o julgamento", típico da prática normativa de saúde de que falam Lopes, Silveira e Ferreira (1999), interfere negativamente na relação paciente e profissional da saúde. Criar um vínculo de confiança com o usuário implica evitar que ocorram situações de constrangimento e medo, o que por sua vez implica considerar as "culturas" individuais e de grupos de sujeitos.

É comum observar, na prática, relatos, quase confissões, em que o paciente realizou os cuidados recomendados, no caso da alimentação, somente na semana anterior à consulta ou, até mesmo, no dia anterior. Esse comportamento atesta dificuldades ou inconformidades na adesão à proposta terapêutica. É preciso refletir junto com o paciente sobre sua relação com a comida, se a comida lhe faz companhia

ou, ainda, se é o único prazer que possui ou que "lhe resta" na vida. Investir na conversa com os pacientes sobre essas questões é investir na busca da terapêutica mais adequada e no seu sucesso. Não se pode criar um estado de obsessão por uma alimentação adequada que só irá gerar angústias; é preciso saber negociar e adequar a cada paciente um plano terapêutico possível de ser realizado. Não se pode esquecer também, que esse plano necessita ser baseado nas condições sociais, econômicas e psicológicas do indivíduo, bem como a situação em que se encontra e suas necessidades individuais.

Em estudos realizados com idosos muito idosos, residentes no município de Veranópolis (RS), Cruz e Moriguchi (2002), constataram que eles têm uma alimentação saudável, ingerindo quantidade de gordura dentro dos padrões recomendados pela OMS, comendo um pouco mais proteínas e um pouco menos carboidratos, quatro a cinco tipos de vegetais (frutas e verduras), e ingerindo de um a dois cálices de vinho tinto por dia. Os autores observaram que o mais interessante é que eles não aprenderam isso em nenhum livro ou escola. Por isso, antes de querer impor regras e normas para os pacientes, é preciso investigar e conhecer bem sua realidade, modificando talvez algumas quantias e variedades de alimentos e valorizando a dimensão simbólica que o mesmo adquire em sua vida e saúde.

4.2.2.2 A medicalização do corpo e das práticas de saúde na velhice: "como manda o figurino"

Para Renaud (1995) a medicalização do corpo na velhice significa a construção do corpo como objeto da Medicina, e esse processo transformou eventos considerados normais em nossas vidas, a partir do poder de coerção e legitimização desenvolvido pelos conhecimentos biomédicos e pelo sistema médico-hospitalar. Nesse sentido, pode-se retomar a Medicina como prática e arte da intervenção na perspectiva das sociedades capitalistas. Na história dessa relação fica fortalecida a idéia da extensão dos cuidados médicos (medicalização) alicerçando políticas e práticas, sejam elas de saúde ou demográficas.

O autor exemplifica que muitos eventos (alimentação, reprodução, envelhecimento) que até 30 ou 40 anos atrás eram considerados normais em nossas vidas, sofreram um processo de mudança a partir do poder de coerção e legitimização desenvolvido pelos conhecimentos biomédicos e pelo sistema médico-hospitalar. Nesse sentido, a medicalização do corpo do idoso significa a construção desse corpo como objeto da Medicina e de um projeto de "higienização" da velhice.

É possível indagar-se sobre a concretização dessa medicalização da velhice nos serviços onde se atua e particularmente, na atenção básica, palco privilegiado de institucionalização de práticas higienistas e disciplinadoras já que, em grande parte, refletem propostas político-pedagógicas normativas e condicionadoras, de comportamentos de "classe" no que se refere ao corpo saudável.

Seguindo a discussão da medicalização da saúde na velhice, Lopes (2003) lembra que o fenômeno da velhice, concebido de uma forma estritamente biológica, permite apenas aos especialistas dessa área o acesso à causa de qualquer sofrimento, e esse poderá somente ser tratado do ponto de vista farmacológico. Essa concepção reflete na postura dos profissionais de saúde e nos tratamentos propostos, e isso, segundo a autora, dificulta a comunicação; no lugar de diálogos, estão os exames.

Para que se possa fazer frente a essas concepções acredita-se, como Renaud (1995), que a Medicina, no novo século, necessita descobrir o sentido da relação de ajuda, e restabelecer a empatia entre o profissional e o usuário como método terapêutico, visto que a superespecialização e a tecnologia de ponta não têm conseguido responder às demandas da população idosa.

Nessa perspectiva na subcategoria "a medicalização do corpo, na velhice", foram encontrados nove depoimentos que relacionam os cuidados com o corpo como a utilização de remédios, realização de consultas médicas com vários especialistas, realização de exames, bem como a realização de exercícios físicos.

Como se pode observar na fala de Abel, os cuidados eram bem direcionados aos ofertados pelo modelo clínico médico:

Em primeiro lugar não fumo, não bebo, tenho horário para dormir, faço check-up. Eu não procuro médico, eu procuro uma vez por ano, eu faço check-up dos pés a cabeça. Então mando fazer de urina, de sangue, faço também aquela parte de velocidade para ver como é que eu tô, como é mãe? Esteira, faço esteira, faço tudo isso como manda o figurino, quer dizer que nada disso eu sinto (Abel, 75 anos).

Constata-se na fala de Abel a preocupação em fazer o *check-up* anual; esse termo da língua inglesa, utilizado para denominar a realização de uma checagem geral no organismo por meio de exames diagnósticos, foi bastante referido pelos idosos.

Mesmo negando que procurava o médico para consultar, Abel referiu que todo o ano fazia os exames "como manda o figurino". Nesse caso, ele quis dizer que não ia ao médico sempre, por qualquer problema. No entanto, está clara a hegemonia médica na definição que transforma problemas de saúde em problemas médicos, assim reconhecidos como e legitimados pelo diagnóstico médico. Já o comportamento de Ada foi diferente:

Aí a minha irmã marca uma consulta pra mim, e aí eu vou no médico quando eu tô muito necessitada, que eu tenho pressão alta, e aí quando eu tô com falta de assim [de ar], ou tô chorando muito, que eu choro muito, porque eu sou depressiva demais, daí a minha irmã marca uma consulta pra mim. Eu tô sempre medicada, eu tenho remédio pro coração, eu tenho remédio pra depressão, pra tudo eu tenho remédio, que se eu não tenho mais eu compro né, que eu tenho um remédio que é de faixa preta, né? Eu não posso ficar sem ele, e o remédio pro coração também, quando eu tenho dor no peito eu boto ele embaixo da língua pra dor no peito. E eu tomo sempre o remédio da pressão que eu sinto dor de cabeça, eu sou medicada em casa mesmo. Aí quando eu tomo esses remédios e não resolve, aí eu sou obrigada a ir no médico (Ada, 63 anos).

Como podemos observar, existia uma dependência muito grande de medicamentos e das consultas com o médico por parte de Ada. Ela referiu que estava sempre medicada e que não podia ficar sem os remédios. Mesmo assim, ela reconhecia que às vezes só os remédios não resolvem seus problemas aí ela se sente "obrigada a ir ao médico". Observa-se contradições em seu depoimento quando dizia que não gostava de ir ao médico seguidamente, porém, anteriormente dizia que fazia uma consulta uma vez por mês, às vezes uma vez por semana:

Vou ao médico uma vez por mês, às vezes, depende, uma vez por semana. [...] eu tento não ir porque eu não gosto de ficar indo em médico, só por necessidade, quando eu sinto tontura, choro muito aí eu ligo pra minha irmã e ela diz pra mim ir no outro dia pra ir no médico, eu vou. [...] o médico só conversa com a gente e a gente já sai aliviado, além de médicos, são amigos da gente, é só conversar com o paciente (Ada, 63 anos).

Essa necessidade de controles constantes atestam a (re)criação contínua da "incapacidade de cuidar de si mesmo" e da responsabilização individual pela conquista, preservação e manutenção da saúde.

O depoimento de Ada sugeriu que o seu problema estava muito mais relacionado ao seu estado emocional e psicológico do que físico, visto que ela afirmava que só conversando com o médico já se sentia melhor. Não se sabe qual o problema que a perturbava, e esse não era o objetivo da entrevista, porém imagina-se os benefícios que atividades e trabalhos comunitários trariam para Ada, visto que ela referiu que ficava sozinha em casa todo o dia.

Outro elemento do processo de medicalização da saúde individual e coletiva é a fragmentação do corpo; vemos um exemplo disso nos tratamentos especializados realizados por Alfredo:

Eu faço vários tratamentos para bronquite, diabete, má circulação do sangue nas pernas. Sou hipertenso. Estou fazendo todos esses tratamentos e tô me sentindo bem, tô fazendo tudo isso aí. Estou me cuidando (Alfredo, 67 anos).

Alfredo é um dos doze idosos entrevistados que possuía plano de saúde, portanto, para cada problema de saúde, tinha um profissional especialista que o tratava. Ele reclamava da quantidade de medicamentos que precisava tomar diariamente, conforme se observa em seu depoimento:

Eu esbarro com esses remédios, eu tenho que me levantar mais cedo, as vezes eu levanto 9h30min, eu tomo o da pressão, eu posso tomar café só uma hora, meia hora após [...] (Alfredo, 67 anos).

O "desabafo" de Alfredo mostrou como os idosos têm problemas para seguir esquemas terapêuticos rígidos, decorrentes do grande número de medicamentos prescritos. Para Alfredo, era necessário mudar sua rotina de horários de sono e

alimentação para seguir as recomendações prescritas e isso o incomodava: "Eu esbarro com esses remédios".

A partir da intermediação da medicalização, o envelhecimento é tratado unicamente como um processo de declínio, uma patologia, impondo uma concepção clínica aos processos biológicos, comportamentais ou sociais (LOPES, 2002). Essa concepção está visivelmente influenciando as políticas públicas e, conseqüentemente, os cuidados dispensados aos idosos. Isso também influencia a atitude dos idosos frente a problemas de qualquer natureza. Vilarino (2002), em sua dissertação de Mestrado, que teve como um dos objetivos conhecer as representações de idosos em relação ao processo saúde-adoecimento, observou que 46,7% dos entrevistados associavam os cuidados com o corpo com o uso de medicamentos e a realização de exames. A autora constatou nas suas falas a medicalização da prevenção. Nas falas, os idosos relatavam cuidados que lhes eram transmitidos pela mídia e que podem levar o indivíduo a comportar-se como um objeto, entregando-se ao médico e às influências do "mercado da saúde", mesmo estando saudável.

Buscando compreender esses comportamentos, é preciso entender que esse processo de medicalização, além de ser um modo de controle social dos corpos, é muito rentável. Ele traz lucros, não só para os médicos, como também para a indústria da saúde, como os cuidados e os serviços paramédicos, os seguros e os planos de saúde e a indústria farmacêutica (DAVID, 1995).

Contribuindo para essa reflexão, Nogueira (2002) afirma que essa noção de saúde não permite qualquer associação com a morte, o envelhecimento ou a dor, e ela tem a pretensão de criar seres humanos imortais. Então, o autor se questiona: "Mas

imortais para quê? Talvez para poderem continuar a ser consumidores para todo o sempre..." (Nogueira, 2002, p.71).

Nessa linha de raciocínio a associação do processo saúde-doença a produtos de consumo, planos de saúde, medicamentos, como entes externos de uso ininterrupto, passíveis de compra e vinculados ao bem-estar e à felicidade consolidam o corpo como objeto de preocupação constante. Nesse sentido, as tecnologias e práticas médicas são aceitas como legitimas pelos processos sociais de sua época e aceitas como verdades, sem incluir, necessariamente, julgamento ou racionalidades, induzindo práticas corporais consagradas, representações e outros.

Com os depoimentos apresentados podem-se aprofundar os questionamentos já levantados por Renaud (1995) sobre a construção do corpo do idoso como objeto da Medicina. Renaud refere que a medicalização é um poderoso modo de controle social e que esse processo, embora tenha beneficiado várias pessoas, por meio do desenvolvimento dos conhecimentos biomédicos, tem um poder normativo inédito na história da humanidade; segundo ele, o hospital se tornou a catedral do século 20. Em contraposição, o autor afirma que a saúde de uma sociedade não é produzida somente pelos cuidados de saúde, mas, sim, pelo desenvolvimento de empregos, educação e pelas políticas de distribuição de renda. Nessa perspectiva reforça-se a importância da compreensão desse processo de medicalização da velhice nos serviços de atenção à saúde.

Lembrando Lopes (2003), a medicalização da velhice é também um reflexo das concepções e condutas dos profissionais de saúde que estimulam a busca por uma saúde perfeita, e para isso se utilizam cada vez mais equipamentos e medicamentos.

Além disso, permanecem e se fortalecem os controles que reforçam sobremaneira a culpa e irresponsabilidade por tornar-se doente.

Prova disso são os estudos que mostram os idosos como a faixa etária que mais consome recursos de saúde, porém esse consumo não tem revertido em seu benefício. Gordilho et al. (2000) também acreditam que isso decorre do fato de que o atendimento prestado pelo sistema médico tradicional não é adequado para a resolutividade dos problemas da população idosa. Essa é mais uma evidência que atesta a necessidade da instrumentalização dos profissionais de saúde para o atendimento das necessidades desse grupo populacional, e para influenciar políticas públicas de atenção às suas especificidades.

Ao estudar o cotidiano de idosos o autor afirma que a maioria deles é capaz de decidir sobre seus interesses e de se organizar sozinho. A partir dessa constatação, o autor afirma que a chamada capacidade funcional (capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma) precisa ser estimulada para a operacionalização da atenção ao idoso, diferente do simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

Essa discussão vem ao encontro da argumentação de Souza e Lopes (2003) quanto à importância do vínculo entre profissional e paciente, no caso entre a enfermeira e o idoso. De acordo com as autoras, dessa forma as mensagens educativas e terapêuticas serão contextualizadas e "negociadas" no âmbito dessa relação "vinculada", melhorando significativamente o autocuidado e a autonomia do idoso.

Outro fato que se observou nas entrevistas foi que dentre os nove idosos que referiram cuidados profissionais de saúde, oito possuíam convênios particulares.

Apenas uma idosa não possuía plano de saúde. Já dentre os quinze que referiram cuidados com a alimentação nove não possuíam convênios de saúde. Isso traz indícios de que o fato de possuir um plano de saúde favorece aos idosos a utilização de práticas terapêuticas profissionais, devido ao acesso mais facilitado às tecnologias de saúde em comparação com os usuários do Sistema Único de Saúde.

Na descrição e discussão práticas terapêuticas, no seguimento destas reflexões serão retomados alguns desses aspectos já citados.

4.2.3 Práticas terapêuticas entre os idosos

Nesta categoria discutem-se as práticas terapêuticas referidas pelos idosos, que foram categorizadas nas três perspectivas sugeridas por Helman (2003): alternativa informal, alternativa profissional e alternativa popular. Também são analisados os fatores que influenciaram a escolha dessas práticas. As trajetórias terapêuticas (Novakoski, 1999) adotas pelos idosos estão descritas nas subcategorias, conforme a ordem de adoção das mesmas pelos entrevistados.

4.2.3.1 A alternativa informal: a automedicação como prática terapêutica dominante no setor informal

Grande parte dos entrevistados (15), quando questionados sobre o que faziam quando notavam alguma coisa diferente no organismo referiram a utilização de uma alternativa informal, e como segunda opção, caso não houvesse sucesso, recorriam à alternativa profissional.

Uso remédios caseiros. Se realmente atacar muito eu recorro ao médico. [uso remédios caseiros] quando não tem gravidade. Pro problema crônico eu tenho acompanhamento, se ele fica numa fase aguda, se agrava, aí eu recorro ao médico (Adolfo, 65 anos).

Adolfo referiu que utilizava "remédios caseiros" para problemas que julgava não ter gravidade, e que só procurava o médico em casos agudos que se complicavam.

A automedicação foi relatada em 9 situações, na maioria para casos de cefaléia e resfriados. Todos os entrevistados referiram ter a medicação em suas casas, e ter uma receita médica antiga na qual se baseavam para uma nova utilização.

Quando é [uma gripe] leve tomo 1 comprimido ou coisas assim se tenho em casa ou se não eu compro, a gente velha assim sabe, Fontol, Melhoral, essas coisas assim, aspirina, sempre tenho em casa (Açucena, 65 anos).

Observa-se na atitude de Açucena que "gente velha" sempre precisa ter comprimidos de analgésicos em casa para problemas leves de saúde. Açucena forneceu indícios de que possui uma farmácia caseira. Segundo Fernandes (2000) a farmácia caseira, é o acúmulo domiciliar de medicamentos, tanto em uso, quanto de uso esporádico, e os que estão fora de uso. Em seu estudo sobre a farmácia caseira, a

autora considerou que a população vem adquirindo quantidades maiores de medicamentos do que a necessidade real, o que gera, além de um grande desperdício, a facilidade da automedicação. Porém, questiona-se, novamente, até que ponto se pode condenar a automedicação? Será que as pessoas são destituídas de conhecimento e poder de decisão sobre a procura da ajuda profissional?

Na próxima fala, é possível identificar a influência de amigos e parentes como determinante na decisão para utilização da automedicação:

Eu tomo esse, um remedinho pra azia, Pepsamar, é tão bom, alivia bem. Isso aí faz anos que eu tomo, nem sei mais quem me falou, era um vizinho que tinha o mesmo problema meu, e daí eu falando pra ele que eu tinha operado e não resolveu nada. Ai ele me disse: Porque a senhora não toma um remédio que faz anos que eu tomo e eu me sinto tão bem, quem sabe o problema que a senhora tem não é o mesmo meu? Ele me deu o nome e eu comecei a tomar. Mas faz anos que eu tomo, de vez em quando né, quando me ataca né (Alexandrina, 68 anos).

O relato de Alexandrina de uma conversa com um vizinho que tinha o mesmo problema que o seu e que lhe indicou uma medicação, ilustra, claramente, como essa realidade acontece no dia-a-dia das pessoas, e de como esse conhecimento vai se propagando, mesmo se o medicamento é industrializado e não de base "natural" como em outras épocas.

Os relatos evidenciaram também a pertinência da afirmação de Helman (2003), e que a dor é a maior responsável pela automedicação, pois, em sua maioria, esse recurso é utilizado para dores de cabeça e musculares, decorrentes de resfriados.

Outro responsável pela automedicação é o descumprimento da prescrição profissional levantado por Segall (1990), citado por Loyola Filho (2002), neste caso a pessoa pode diminuir ou aumentar a dosagem, bem como prolongar o tempo de uso da medicação. Vejamos o que nos fala Angela:

Se eu cismar que eu tô com a pressão alta, eu tomo remédio. Ás vezes eu tomo todos os dias. Tomo Hidroclorotiazida só quando eu sinto, porque às vezes a pressão tá boa, aí eu não tomo. Assim, me dá uma coisa na cabeça, uma coisa ruim e deu aí eu tomo, às vezes eu tomo todo dia, se me dá na loca, eu tomo todo dia (Angela, 67 anos).

Angela relatou que quando ela sentia uma "coisa na cabeça, uma coisa ruim" então tomava o medicamento que foi prescrito para uso diário no controle de sua pressão arterial. Sabe-se que a hipertensão arterial é considerada uma doença silenciosa, pois seus sintomas são raramente sentidos pelos pacientes. Quando ela afirmava que "às vezes a pressão tá boa" provavelmente ela tenha aferido a pressão e essa estava em níveis normais.

Quando questionados sobre suas trajetórias terapêuticas, nos últimos seis meses, sete idosos responderam que utilizaram a alternativa informal para tentar resolver seus problemas de saúde. Esses problemas de saúde referidos foram: resfriado (3), cefaléia (1), problemas gástricos (2) e problemas músculo-esqueléticos (1). Desses, dois não obtiveram sucesso e procuraram a alternativa profissional, e, além disso um utilizou, como terceira opção de tratamento, outra alternativa informal, desta vez uma receita diferente que conseguiu com sua sobrinha, só então solucionou seu problema. Dentre os sete idosos que referiram que utilizaram a alternativa informal em sua trajetória terapêutica três fizeram uso da automedicação e quatro utilizaram receitas caseiras de chás e infusão de ervas.

Para a questão "O Senhor (a) usa algum outro meio para buscar alívio ou para curar algum problema?" foram relatadas quarenta e duas práticas terapêuticas que se enquadram na alternativa informal. A maioria delas (29) são chás medicinais utilizados para problemas como: má-digestão, hipertensão, hipercolesterolemia, intoxicação, infecções, causas emocionais, dores em geral, hiperglicemia e problemas respiratórios.

Desses vinte e nove chás, quatorze foram indicados pela família ou amigos do idoso, onze foram consultados em livros e panfletos de farmácia ou sugeridos na televisão e três foram indicados por um profissional médico.

Observa-se, nesses dados, que a utilização de chás medicinais é muito praticada entre os idosos. Como constata Simões (1998) esse conhecimento acumulado pelos familiares e acrescentado das informações de publicações de livros e panfletos, facilita a utilização dessa prática terapêutica. O uso dos chás medicinais pelos entrevistados desta pesquisa teve vários motivos, uns relataram que os utilizaram porque eram produtos naturais e que, portanto, não tinham efeitos colaterais; outros referiram que tomavam chás por hábito de família, e existem aqueles que acreditavam no seu poder de cura. Dois entrevistados referiram que não utilizavam chás porque não viam nenhuma melhora ou vantagem. Como se observa, as experiências anteriores dos idosos influenciam muito na decisão da utilização de chás, visto que uns tomam sem esperar resultados terapêuticos; outros acreditam nos poderes terapêuticos, e há, ainda, aqueles que não acreditam no poder de cura dos chás.

As outras treze práticas terapêuticas informais relatadas foram receitas de fortificante de vinho com mel e alecrim utilizado também para a memória (1), xaropes a base de mel e outros produtos para tosses com expectoração (2), benzeduras e simpatias para problemas na coluna e anemia (2), soluções de água com sal e vinagre para problemas na garganta (2), e produtos naturais vendidos em farmácias ou em bancas do Mercado Público de Porto Alegre (6). Os produtos citados foram Banchá utilizado para hipertensão, estresse e problemas no estômago, Chá chileno utilizado para emagrecer, Ginkgo Biloba, para problemas de memória e circulação cerebral, Multiervas, para cansaço e esgotamento, e Tratamento Natural Miraruíra sendo que a

pessoa relatou que não sabia para qual problema o estava tomando, disse que o produto foi indicado no Mercado Público e resolveu comprá-lo.

Dessas treze práticas, quatro foram orientadas pela família e amigos, três pela televisão, três por livros e panfletos de farmácias, duas por médicos e uma por vendedor. O que se observou também foi a concepção de que "o que é natural é bom", ou "se não fizer bem, mal não faz".

Pode-se observar que entre as práticas terapêuticas da alternativa informal o conhecimento para a sua adoção foi originado no círculo familiar e de amigos, seguido de informações pesquisadas em livros, panfletos e meios de comunicação e, por último, indicação de profissionais de saúde.

Os achados desta pesquisa corroboram estudos que constatam que a automedicação é a prática mais utilizada para o alívio ou a solução de agravos de saúde (HELMAN, 2003; NOVAKOSKI, 1999).

No entanto, podemos constatar que estudos sobre a prevalência da automedicação e seus fatores associados, que são freqüentes nos países desenvolvidos, são raros no Brasil (LOYOLA FILHO, 2002). No estudo de Loyola Filho, realizado no município de Bambuí, em Minas Gerais, foi encontrada uma prevalência de 26% de uso de medicamentos sem prescrição profissional. A população estudada era constituída, em sua grande maioria, de adultos; 23% dos entrevistados, com idade igual ou superior a 60 anos, os quais relataram que consumiam medicamentos não-prescritos por profissionais da saúde. O fator "gasto" com medicamentos também foi estudado, e observou-se que aqueles que se utilizaram da automedicação tiveram menos gastos. Entre as explicações para esse último fato apareceu a utilização compartilhada com membros da família e o uso de medicamentos guardados no domicílio. Segundo o

autor, os dados encontrados são semelhantes aos encontrados em países desenvolvidos, e mostram que a automedicação pode atuar como um substituto da atenção formal à saúde.

Em estudo realizado por Vilarino et al. (1998), em um município do sul do Brasil, cujo objetivo foi de caracterizar o usuário de medicamentos, a automedicação apresentou uma prevalência de 76% entre o total de entrevistados. Os autores concluíram que idade, escolaridade e acompanhamento médico periódico correlacionaram-se com a automedicação. Dos 289 entrevistados que usaram medicação sem prescrição de profissional, a maioria era adulta; 48% tinham o Sistema Único de Saúde como única alternativa de serviço de saúde, enquanto o restante possuía um ou mais convênios particulares de saúde. Os autores acreditam que há uma tendência mundial para a maior aceitação da automedicação e que esse ato não deve ser condenado e, sim, precisam ser fornecidas informações científicas para a população sobre medicamentos de venda livre.

Outro estudo desenvolvido no Brasil, com o objetivo de traçar um perfil da automedicação no país, constituiu-se de entrevistas em farmácias com pessoas que compravam medicações sem prescrição médica, ou sem aconselhamento do farmacêutico ou balconista. Foram entrevistadas 4420 pessoas em três cidades brasileiras, 4.174 questionários foram analisados, 5.332 especialidades farmacêuticas (785 princípios ativos diferentes) foram solicitadas. Considerando a distribuição por idade e sexo, as mulheres, com idade entre 16 e 45 anos, foram as que mais se automedicaram; nesse caso, é preciso considerar o apelo da mídia ao consumo dirigido em grande parte a elas no desempenho de papéis biológicos e sociais. Para os homens, a automedicação foi mais relevante nas idades extremas de 56 a 65 anos de

idade e para as crianças. Quanto às crianças, porém, deve-se lembrar que quem as medica são os adultos. Grande parte dos medicamentos foi adquirida para uso familiar, reforçando novamente a importância do fator econômico na busca de tratamentos para a saúde. Segundo os autores, os dados sugeriram que a automedicação no Brasil reflete as carências e os hábitos da população (ARRAIS *et al.*, 1997), e, acrescenta-se, a carência de políticas públicas de saúde eficazes.

Concorda-se com Arrais (1997) quando diz que a automedicação é um reflexo das carências da população, mas discorda-se de Vilarino (1998) quando afirma que somente fornecer informações sobre os medicamentos de venda-livre solucionará o problema. O que se observa é que, em vários casos, o conhecimento não significa o uso racional de medicamentos. Para enfrentar o problema, é preciso conhecer essa realidade, para entender esse fenômeno, e propor estratégias que diminuam a ocorrência dos prejuízos causados à saúde da população.

Para Paulo e Zanini, citados por Barros (1995), a automedicação pode ser entendida como a decisão de uma pessoa ou de seu responsável para a compra, preparo e utilização de um produto que, para ele, trará alívio de sintomas e benefícios para o tratamento de doenças. Segall (1990), citado por Loyola Filho (2002), complementa, afirmando que também podemos entender automedicação como o compartilhamento de prescrições no círculo familiar ou social, o uso de sobras de prescrições, a reutilização de receitas antigas e o descumprimento da prescrição profissional, diminuindo ou prolongando o tempo ou a dosagem de uma medicação.

Com freqüência, prescrições excessivas e o uso incorreto das medicações levam à sobra de medicamentos de um determinado tratamento. Essa sobra também ocorre em função da indústria farmacêutica que produz cartelas com um número superior de

comprimidos necessários para o tratamento de problemas de saúde, ou com um número inferior ao necessário, obrigando o paciente a comprar duas caixas. Nas duas situações, ocorrerá a sobra de medicamentos, o que facilita a sua reutilização quando da ocorrência de sintomas semelhantes. Forma-se, então, a farmácia caseira, que segundo Fernandes (2000) resulta da aquisição de quantidades maiores de medicamentos do que a necessidade real, o que gera, além de um grande desperdício de recursos, um incentivo à prática da automedicação. Autores como Baos (1996) consideram que observar as farmácias caseiras é uma forma de estudar os hábitos de consumo de medicamentos.

É preciso ressaltar, a diferença entre os termos remédio e medicamento. Petrovick (1998) descreve que "remédio" é um termo amplo, aplicado a todos os recursos terapêuticos para combater doenças ou sintomas: repouso, psicoterapia, fisioterapia, acupuntura, etc. Já os medicamentos "são substâncias ou preparações que se utilizam como remédio, elaborados em farmácias, em hospitais ou empresas e industrias farmacêuticas, atendendo especificações técnicas e legais" (PETROVICK, 1998, p. 11). Dessa forma, um preparado caseiro com plantas medicinais pode ser um remédio, mas não é um medicamento.

Nesse contexto, outro fator que aumenta o uso da automedicação é a filosofia da "empurroterapia" que, de acordo com Oliveira (1998), acontece nas farmácias e drogarias de todo o País. Os laboratórios de "fundo de quintal" dão bonificações para os balconistas que, quando "consultados" pelos compradores, "prescrevem" diversos medicamentos com os quais ganham comissões pela venda (OLIVEIRA, 1998). O autor refere que estatísticas realizadas na periferia de grandes cidades, como São Paulo ou

Rio de Janeiro, mostram que mais de 50% do faturamento das farmácias e drogarias está vinculada à "empurroterapia".

Em pesquisa realizada no ano de 1993, sobre os medicamentos do mercado popular (com venda livre), Heineck (1996), a partir de uma revisão bibliográfica analisou os princípios ativos desses medicamentos. Segundo os resultados da pesquisa acima citada, muitos dos medicamentos pesquisados apresentaram benefício nulo ou incerto. Isso agrega maior preocupação à situação ao concluir que, para melhorar a utilização desses medicamentos, é imprescindível uma revisão de seus registros no Brasil. Acrescenta-se que a facilidade com que se pode comprar medicamentos em nosso País precisa ser discutida e as sanções referentes a essa realidade precisam ser tomadas.

Essa problemática de proporções alarmantes precisa ser compreendida também a partir do significado que o medicamento assume como tecnologia que, em nossa sociedade, é considerada capaz de solucionar todos os problemas. Nesse sentido, eles são responsáveis por diminuir a sensação de insegurança, acalmar a angústia, preencher vazios, assegurar algum conforto moral, em suma, ajudar a viver (BARROS, 1995).

A dor é também uma das grandes responsáveis pela automedicação. A cultura de uma sociedade que valoriza, ou não, a dor, influencia uma pessoa a adotar comportamentos os mais diversos para aliviar a sensação dolorosa, entre eles jejum, reza, retiros e, principalmente, a automedicação (HELMAN, 2003).

Uma questão muito difícil de ser discutida nessa problemática é o limite entre qual problema poderia ser tratado em casa, sem a necessidade de uma consulta ao profissional de saúde, e quando se necessitaria procurar um serviço de saúde. Não se

pode condenar completamente a automedicação, pois será que não temos o poder de decidir quando o nosso corpo necessita de um tratamento prescrito pelo profissional e quando essa prática não se faz necessária? Essa questão merece ser pensada à luz dos processos que têm influenciado a medicalização crescente da saúde e da doença.

Na seqüência apresentam-se as práticas terapêuticas da alternativa profissional referidas pelos entrevistados.

4.2.3.2 A alternativa profissional: "Eu tenho os meus médicos"

Quando questionados sobre o que faziam quando percebiam que existe algum problema de saúde, seis idosos responderam que procuravam a alternativa profissional. Desses, dois procuravam médicos de seus convênios, três, a unidade básica de saúde e um chamava serviços de emergência, com atendimento domiciliar.

Eu tenho os meus médicos, tenho a doutora pneumologista, tenho o meu para a má circulação do sangue, tenho a doutora que é para a diabete, tudo pelo convênio (Alfredo, 67 anos).

Na declaração acima observa-se um exemplo do uso da alternativa profissional pelos idosos entrevistados. Conforme o perfil descrito, doze dos entrevistados possuíam algum convênio de saúde, ligado às empresas em que trabalhavam. Esses convênios têm as vantagens de serem mais baratos do que o atendimento direto no consultório privado e também de facilitarem o pagamento de exames caros. Veja o depoimento de Afonso:

[...] o que eu souber que é bom eu vou procurar recursos, porque eu tenho convênio na Associação dos Funcionários Municipais, eu pago particular. É tipo uma associação, cada funcionário paga separadamente aquilo ali, eu já pago há bastante tempo isso aí. O que eu tenho de direito de causa é consulta e alguns exames mais baratos. Exames como laser, esteira, essas coisas, a gente tem que pagar tudo, a única coisa boa é que eles facilitam, porque esses exames são muito caro (Afonso, 69 anos).

Pode-se constatar na fala de Afonso que o fato de ser um associado da fundação lhe facilitava a realização de exames que, são caros, em serviços particulares: "a única coisa boa é que eles facilitam", com isso ele que pode parcelar o pagamento do serviço. Outro exemplo de alternativa profissional é a busca pela Unidade Básica de Saúde:

Eu sempre vou no posto, porque eu não tenho onde ir (Angela, 67 anos).

O "posto" de que falou Angela é a Unidade Básica de Saúde. O interessante nessa fala é que ela justificou sua ida à unidade dizendo "porque eu não tenho onde ir"; como se considerasse o atendimento público de saúde não satisfatório. Essa idéia estereotipada é muito comum e bastante freqüente nos meios de comunicação. Sabese das dificuldades enfrentadas no atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS tanto pelos usuários, quanto no que diz respeito à estrutura de prestação de serviços profissionais. A falta de investimento e o mau gerenciamento dos serviços públicos de saúde segundo os usuários criam essa imagem de atendimento de baixa-qualidade. Diariamente são veiculadas informações sobre a demora pelos atendimentos e a falta de medicamentos, que ocorre em muitos casos; no entanto existem bons profissionais e serviços no sistema público de saúde que, muitas vezes, são referência entre outros serviços.

Por fim, outro exemplo da alternativa profissional utilizada pelos idosos era o serviço de emergência privado. Esse tipo de serviço está bastante popularizado,

principalmente, em instituições como creches e asilos e também entre os idosos. Ele consiste em uma equipe de ambulância que atende chamados para atendimentos domiciliares. Originalmente funcionava como um atendimento pré-hospitalar com remoção para algum hospital público, porém como as chamadas se tornaram mais freqüentes e clinicamente mais simples, funciona, atualmente, como um atendimento médico domiciliar.

A partir das informações dos idosos, observou-se que a alternativa profissional foi citada vinte vezes pelos entrevistados, quando questionados sobre sua trajetória terapêutica nos últimos seis meses. As causas para a procura de profissional de saúde foram as mais variadas, quais sejam: problemas respiratórios (4), cefaléia (1), problemas gástricos (3), problemas musculo-esqueléticos (3), problemas emocionais (2), problemas oftálmicos (2), infecção urinária (1), labirintite (1), palpitação (1), problemas circulatórios (2). Dentre esses, três relataram que a conduta prescrita não resolveu o problema, um procurou um centro de religião afro-brasileira, um estava esperando resultados de exames e o outro parou de tomar a medicação prescrita e ia retornar ao médico.

Quanto aos motivos que levaram os idosos a consultarem um médico foram relatados: dor muito forte, persistência da dor por mais de dois dias; complicação de alguma situação; inicio de febre alta em um resfriado; quando tentara resolver em casa e não obtiveram resultados e porque foi levado pelos familiares.

Helman (2003) explicita em suas pesquisas as razões para consultar ou não um médico constatou-se que; os fatores são semelhantes aos encontrados nesta pesquisa: a disponibilidade da assistência médica, disponibilidade financeira, fracasso de tratamento de alternativas informal ou popular, a maneira como o paciente entende o

problema, o modo como outras pessoas ao redor do paciente compreendem o problema. Veja alguns exemplos desses fatores encontrados neste estudo:

Vou ao médico direto. No médico não no Posto, agora a gente passa pela enfermagem e aí depois se precisa né (Alba, 60 anos).

Outro exemplo da dificuldade de acesso ao atendimento médico encontra-se na fala de Afonso:

[...] procuro marcar com o médico, embora tenha dois ou três [médicos] lá na Associação dos Funcionários Municipais, a gente custa chegar até eles (Afonso, 69 anos).

Como se pode observar, mesmo para quem dispõe de assistência médica que não a pública, existem dificuldades de acesso e Afonso tinha consciência disso quando disse "embora tenha dois ou três lá na Associação dos Funcionários Municipais, a gente custa chegar até eles".

Eu sempre vou no posto, porque eu não tenho onde ir (Angela, 67 anos).

Novamente enfatiza-se a fala de Angela para ilustrar como a indisponibilidade financeira do paciente para arcar com os custos de uma consulta médica pode influenciar a escolha do paciente. Porém, evidencia-se que, mesmo o indivíduo pagando pela assistência médica, pode ter dificuldades de acesso, como se viu na fala anterior de Afonso.

Vamos supor que num dia te deu uma azia ou uma queimação assim diferente quando tu toma um chá desses e no outro dia não aparece é porque não tem nada. Agora se tomar um chá e dali 3 dias continuar na mesma aí tu tens que ir ao médico. É um alerta que alguma coisa não tá bem no organismo (Alba, 60 anos).

Como se pode ver Alba referiu que, após o fracasso da alternativa informal, ela procurou um profissional médico, pois como ela disse, se após 3 dias a dor continuar "é um alerta que alguma coisa não tá bem no organismo", e então um profissional de saúde precisa ser consultado.

Dependendo do assunto se é uma doença mais ruim, uma coisa mais agressiva, então o médico tem mais condições que a gente, né (Adamastor, 72 anos).

Adamastor dá um exemplo de que a percepção do problema pelo paciente influencia em sua busca pelo profissional médico. Este fator foi o mais referenciado pelos idosos entrevistados (8).

Para Agatha sua ida ao médico dependia de sua família, pois segundo contou, sozinha ela não iria:

[Fui ao médico] porque me levaram, minha filha e meu marido. Senão, eu nem sei. Eu não pedi pra me levar, eles que me levaram. Me levaram aqui pro posto e do posto me levaram lá pro Conceição, né. Eu sô contra mim, aí já é uma briga em casa. Às vezes eu digo ah, eu tô com dor de cabeça, me dói uma perna, aí o meu marido diz: Vamos no médico? Não. De jeito nenhum eu não vou. Ele me convida pra ir (Ágatha, 70 anos).

Como se pode ver, o fator que influenciava a busca pelo profissional médico para Agatha era a maneira como a família avaliava o seu problema. Com esses exemplos constata-se a afirmação de Gerhardt (2000) sobre como as práticas terapêuticas são adotadas baseadas em escolhas que dependem de vários fatores. Nos depoimentos acima identificam-se exemplos de como o acesso ao serviço de saúde, a percepção do paciente e da família sobre a doença ou o problema de saúde, a condição econômica e o fracasso de outras alternativas influenciavam nas suas escolhas terapêuticas.

4.2.3.3 A alternativa popular: "Eu ia naquela esperança..."

Embora para muitos de nós (habitantes de sociedades industrializadas), seja evidente a supremacia do saber médico no que diz respeito à assistência à saúde, existem, ainda hoje, diversos tipos de curandeiros populares. Esses funcionam como uma alternativa à assistência à saúde e formam um grupo muito heterogêneo. Segundo Helman (2003), esses curandeiros ocupam uma posição intermediária entre o setor informal e o profissional.

Em seu estudo sobre Medicina, Religião e magia, abordando o período entre 1889 e 1928, no Rio Grande do Sul, Weber (1999) refere que existem alguns relatos das práticas terapêuticas realizadas por curandeiros populares. No início do século XIX, havia 16 médicos inscritos em toda a região da Província, dificultando o acesso da maioria da população à assistência terapêutica oficializada. Por isso, pela legislação eram permitidos curandeiros onde não houvesse outros "cultores da arte de curar". Naquela época, essas atividades de cura eram realizadas em barbearias e farmácias, por barbeiros e farmacêuticos. Também havia os rituais religiosos que prometiam solucionar outros problemas, além dos de saúde; a salvação da alma estava no centro dessas práticas.

Weber refere que, ainda no final dos anos 1800, não havia ocorrido a consolidação da Ciência Médica, o que propiciava, no Rio Grande do Sul, a liberdade profissional e a existência de diferentes formas de Medicina. O saber médico não tinha status de cura majoritária. Conviviam diversas práticas terapêuticas, muitas delas consideradas melhores que as médicas, segundo os usuários. Conforme a autora eram

várias as condições que favoreciam a procura por essas opções: a quase inexistência de hospitais; a quase ignorância dos médicos diplomados, o que não permitia sequer a distinção entre eles e os demais práticos; o péssimo atendimento domiciliar e de boticas, e a falta de medicamentos.

Analisando a eficácia dessas práticas de tradição popular e sua aceitação pela população, Helman (2003) aponta algumas vantagens: o fato de o curandeiro pertencer à comunidade do usuário, possuindo, então, os mesmos valores e crenças cultivadas pelo grupo; a familiarização do usuário com o local de atendimento (lar ou templo religioso); o envolvimento da família no processo de cura; e o fato de o curandeiro oferecer explicações para as causas da falta de saúde, relacionadas com o momento e as suas relações com o mundo social e sobrenatural.

Concordando com esses argumentos, acrescenta-se que, mesmo nos dias atuais, a busca por um curandeiro popular não significa que o paciente não vá consultar um médico; observa-se que os pacientes podem fazer uso das três alternativas terapêuticas simultaneamente, e estar sempre analisando continuamente qual recomendação lhes convém, faz mais sentido e qual dá mais resultado.

Observa-se que os motivos que os levam à busca dessas alternativas não se restringem somente à cultura. Considera-se que fatores como o difícil acesso aos serviços de saúde e as dificuldades econômicas de muitos usuários influenciam nessa escolha.

Nos achados desta pesquisa essa alternativa foi a menos relatada. Esse fato sugere que, talvez, os entrevistados não quisessem referir ao profissional de saúde que utilizam este meio de cura popular, visto que são práticas não bem aceitas pela Medicina tradicional.

Apenas quatro situações foram referidas pelos idosos. Adão relata que procurou uma Igreja Adventista para participar de um tratamento para deixar de fumar, e que foi um amigo que o orientou para procurar essa Igreja. Conta que durante 3 meses freqüentou os encontros, três vezes por semana, e que conseguiu parar de fumar; porém, após esse período, desistiu de ir e voltou a fumar logo em seguida.

Aida referiu que sempre que percebia algum problema de saúde procurava sair de casa e ir até a Igreja, pois lá sentia-se mais tranqüila. Já Agatha disse que ia à Igreja Universal pedir saúde para ela e seus familiares; contou também que sempre que pedia algo nessa Igreja recebia ajuda.

No caso de Alexandrina, ela sofria de depressão e contou que primeiro achava que era um problema na coluna que estava lhe causando uma dor de cabeça, então ela ficou 20 dias sem sair de casa, até que foi procurar um médico que lhe receitou medicamentos, porém ela não conseguiu seguir o tratamento:

Eu não vou mais tomar remédio. E não tomei. Tá até hoje os remédio do médico aí. Começou a me atacar muito o estômago e daí eu não vou mais tomar. Eu tava tomando os remédio, mas eu tava sentindo que não tava adiantando, e tava me atacando muito o estômago, porque é em cápsula, aí eu não posso tomar. Não vou mais tomar. E quem vai curar essa minha depressão, sou eu mesma. E não tomei mais até hoje. Não melhorei, porque quanto mais a gente bota coisa na cabeça, mais nervoso fica, e não adianta essas coisas sou eu que tenho que resolver... (Alexandrina, 68 anos).

Nesta fala observam-se claramente os motivos que levaram Alexandrina a abandonar os medicamentos: "eu tava sentindo que não tava adiantando, e tava me atacando muito o estômago", são os chamados efeitos colaterais que todo medicamento possui. Após parar o tratamento medicamentoso, Alexandrina procurou um centro de religião afro-brasileira, porém também não conseguiu resolver seu problema:

Eu procurei também pra mim, mas nada adiantou. Não era ali o caminho né, às vezes tu procura por um caminho que não é aquele, eu acho (Alexandrina, 68 anos).

A entrevistada teve consciência, a partir de suas experiências, de que aquela não era a forma de resolver seus problemas: "Não era ali o caminho né, às vezes tu procura por um caminho que não é aquele." Alexandrina contou ainda, que procurou vários lugares na busca da cura para um sobrinho seu:

Eu cansei de ir, gastei o que eu tinha e o que eu não tinha (...) todos lugar que eu ia só me mentiam, me tiravam meu dinheiro e eu ia naquela esperança, que eu quase fiquei louca de tanto procurar. Os amigo, os vizinhos, me diziam que iam lá, e lá eu me ia. Chegava lá, nada. Só me enchiam de conversa e nada (Alexandrina, 68 anos).

Constata-se o quanto o desespero para alcançar uma cura ou alívio de um problema de saúde pode levar as pessoas a se deixarem enganar por falsas promessas: "todos lugar que eu ia só me mentiam, me tiravam meu dinheiro e eu ia naquela esperança" (Alexandrina, 68 anos). A razão para ela ter essa atitude ficou clara em sua entrevista, ela se sentia responsável pela saúde de sua família.

[...] no meu caso, o meu problema de saúde se agravou um pouco mais, foi o problema assim de preocupação, porque minha família, todo mundo ficou velho, meu irmão mais novo tem 62 anos, então cada um que vai ficando velho, vai ficando doente, vai assim precisando dos outros e nos últimos anos, todo mundo ficou doente quase que no mesmo tempo e a que ficou, que podia caminhar, pra fazer um pelo outro, era eu. Então acarretou tudo pra mim (Alexandrina, 68 anos).

Vê-se como o excesso de responsabilidade e a falta de uma rede de apoio familiar pode gerar problemas de saúde. E, nesse caso, Alexandrina tinha consciência da causa de seus problemas emocionais: "no meu caso, o meu problema de saúde se agravou um pouco mais, foi o problema assim de preocupação".

Quando questionados se utilizavam os serviços de algum curandeiro, médium ou benzedeira, a maioria dos idosos disse que não se utilizava dessa alternativa

terapêutica, e que inclusive não conheciam ninguém que prestasse esses serviços na comunidade. Alguns idosos oriundos do Interior relataram que, em sua cidade natal, existiam essas pessoas, e que eram bastante utilizadas por toda a comunidade, porém que aqui na capital não se ouvia falar muito sobre isso, o que provavelmente se observa é o fato de em grandes centros urbanos existirem mais recursos da alternativa profissional para serem buscados, diferentemente de cidades pequenas. Observa-se, então, que a evolução do conhecimento médico, as tecnologias em saúde favoreceram a diminuição da utilização de práticas terapêuticas populares, entre os entrevistados desta pesquisa. Esse panorama confronta-se com aquele apresentado por Weber (1999), em relação ao século XIX, quando, aqui no Rio Grande do Sul, os curandeiros eram mais utilizados e tinham até mais credibilidade do que os médicos.

Autores como Metcalf, Berger e Negri Filho (2004) apontam para um processo de diluição dos conhecimentos da alternativa popular, havendo conseqüentemente a quebra da corrente de tradição oral. Os autores sugerem que a perda dos referenciais explicativos e da estrutura familiar, termina por diluir o conhecimento, criando "generalistas ou curiosos" dessa alternativa terapêutica. Dessa forma, encontram-se mais conhecimentos em pessoas mais velhas e oriundas do meio rural, fato esse referido pelos entrevistados.

Porém, não se pode negar a existência desses curandeiros em grandes centros, pois eles existem. Provavelmente os idosos não quiseram se expor frente a um profissional de saúde, admitindo que buscavam atendimentos populares com receio de serem repreendidos, pois a conduta do profissional de saúde, que aceita somente as verdades científicas, influencia significativamente as respostas dadas pelos entrevistados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou analisar as práticas terapêuticas utilizadas por idosos residentes na Zona Urbana do município de Porto Alegre, bem como as influências para as escolhas dessas práticas.

As análises da caracterização sociodemográfica dos idosos entrevistados mostraram que eles tinham em média 68 anos de idade, eram de maioria feminina, brancos de etnia italiana; possuíam o ensino fundamental incompleto; eram aposentados; tinham renda familiar em torno de R\$ 844,00, moravam, em média, com duas pessoas, em residência própria.

De maneira geral, o que se pôde observar nos depoimentos dos idosos entrevistados é que suas práticas terapêuticas eram influenciadas profundamente por um processo de medicalização do corpo e da velhice. Isso pode ser encontrado tanto nas concepções de saúde que possuíam, como nas práticas utilizadas. Mesmo que as práticas terapêuticas informais tenham sido as mais relatadas, elas correspondem em grande parte ao consumo de fármacos os quais se configuram na principal forma de tratamento utilizada pela Medicina. Além disso, observa-se que existe um limite desta prática que determina a busca por um profissional de saúde médico que permanece sendo referência, mesmo tendo sido preterido, inicialmente, por condições adversas.

No início desta dissertação, foram formuladas várias questões que nortearam a pesquisa. A primeira referiu-se aos fatores mais influentes nas escolhas das práticas terapêuticas entre os idosos. O que se observou, nesta pesquisa, é que as escolhas dos idosos basearam-se em muitos fatores como, por exemplo: a disponibilidade da

assistência médica; pouca disponibilidade financeira; fracasso de tratamento de alternativas informais ou populares; a maneira como o paciente entende o problema, e finalmente o modo como outras pessoas ao redor do paciente compreendem e encaminham a situação. Um dos fatores que mais se destacou foi ter ou não um convênio particular de saúde. Verificou-se uma relação direta entre ter convênio particular de saúde e a utilização de práticas terapêuticas profissionais. Pode-se afirmar que a facilidade de acesso às consultas e aos exames entre os idosos que possuíam um convênio de saúde, comparado ao atendimento público de saúde, influenciava esses idosos em uma conduta mais "medicalizada" nas escolhas das suas práticas terapêuticas. Ressalta-se que o fato de um idoso possuir um convênio de saúde estava intimamente ligado a sua condição financeira, que dessa forma influenciava suas escolhas.

Dessa forma, constata-se que as práticas terapêuticas, ao invés de representarem uma escolha dos idosos, são muito mais induzidas pela postura dos profissionais de saúde e também pela mídia.

Quanto ao segundo questionamento, referente à crescente medicalização do corpo e da velhice, esse processo foi observado entre os entrevistados sendo muito influenciado pelo mercado da saúde e pela mídia. Isso pode ser verificado pela busca de soluções mágicas e sem esforços que são a primeira opção, pois respondem à lógica da urgência e do mercado farmacêutico que acaba por induzir esses comportamentos que buscam respostas imediatas.

Essa lógica capitalista de mercado reflete uma tendência de que para se ter saúde e bem-estar é necessário ter e consumir bens, o que influencia na busca de recursos de saúde. Gera-se o que se denomina "consumo apelativo" que vai estimular

práticas "aditivas" que levam ao uso ininterrupto de medicamentos, produtos, alimentos naturais, entre outros. Essas práticas, portanto, falam de uma época, de uma cultura, de um corpo e principalmente de um modo de ser e de uma forma de existir (STENZEL, 2005).

Nessa perspectiva, outro fator que influencia diretamente a escolha das práticas terapêuticas é o contexto sociocultural em que os indivíduos vivem, pois os idosos possuem uma visão de mundo que é definida pelas suas crenças e valores culturais. Na realidade analisada, essas crenças e valores estariam mais diretamente ligadas às práticas terapêuticas informais e populares. Essas influências, no entanto, não se configuraram necessariamente em resistência dos idosos entrevistados a esse processo social de controle dos corpos. Observa-se que as práticas terapêuticas informais, que poderiam significar essa resistência, se inscrevem em continuidade com essa lógica e são predominantemente representadas pelo consumo de fármacos.

Assim as práticas terapêuticas informais e populares referidas, na maioria das vezes, surgiram na cultura familiar e também da indicação de vizinhos e amigos e eram utilizadas somente em problemas de saúde considerados simples.

Já a prática terapêutica profissional, em muitos casos, não era a última alternativa utilizada pelos idosos. O que se pôde constatar, a partir desses fatos, é que, em muitos casos, a relação com os profissionais médicos dificultou a relação terapêutica. Essa falta de vínculo fez com que muitos idosos buscassem outras alternativas, mas não menos medicalizadas. O resultado dessa falta de vínculo é a desconfiança e o descrédito que muitos idosos referiram em relação a profissionais médicos. Esse fato mostra que, em algumas situações, os limites do modelo biologicista-biomédico, impessoal e intervencionista, resultam na baixa resolutividade

dos problemas de saúde dos idosos e na busca de alternativas que complementem e respondam às suas demandas.

Essa baixa resolutividade em um dos seus aspectos tem origem na postura dos profissionais de saúde que valorizam somente os aspectos considerados importantes, neste caso, principalmente, os biológicos. Muitas vezes essa postura acaba impossibilitando um atendimento respeitoso e que responda às necessidades sentidas e referidas pelos idosos.

Também foram evidenciadas muitas contradições nas falas dos idosos, de maneira que às vezes referiam que "procuravam sempre o médico para qualquer problema de saúde", e em outras situações respondiam que "primeiro tentavam resolver o problema em casa com receitas caseiras". Isso pode ter ocorrido por influência da presença de um profissional de saúde e do medo de ser repreendido pela adoção de práticas "não formais" de tratamento. Outro exemplo de contradição presente nas falas foi em casos em que os idosos afirmavam que "raramente procuravam um médico" e em seguida referiam que "consultavam periodicamente esses profissionais" talvez induzidos pela necessidade de serem fiéis à lógica que impõe padrões de visitas periódicas aos profissionais. Outra contradição, foi a de que apenas sete idosos referiram ter uma concepção biológica da saúde, porém a maioria dos entrevistados referiu a adoção de práticas terapêuticas medicalizadas.

Também foi referido como determinante nas escolhas das práticas terapêuticas a acessibilidade aos serviços. Nesse sentido, constata-se, que o acesso à assistência médica não é resultado de escolhas pessoais. Mesmo assim, a busca pelos serviços de saúde é constante, evidenciando-se como necessidade que não se resume ao corpo físico, mas responde à busca de contato social por parte dos idosos. Dessa forma,

mesmo não conseguindo o atendimento desejado e resolutivo em muitas situações, conseguiam usufruir de um espaço de convivência.

Tentando refletir sobre a pertinência da questão formulada sobre as práticas terapêuticas dos idosos como resultado de um "culto à arte de curar", e sobre a utilização do conhecimento oriundo da cultura oral de seus antepassados, conclui-se que, diferentemente dessa perspectiva, esses idosos estão profundamente influenciados pelas práticas medicalizadas.

Nesse sentido, os idosos desta pesquisa, embora, em muitas situações, insatisfeitos com os serviços e as práticas profissionais mostraram a "obrigação" de levarem a vida e gerenciarem seus problemas de saúde "como manda o figurino".

Refletindo sobre essa "realidade idosa", faz-se necessária uma compreensão desse processo de medicalização, a fim de que se possa valorizar as potencialidades reais dos idosos e estimular a sua autonomia, autoderminação e preservação da independência física e mental, instrumentalizando-os para manter a máxima capacidade funcional, pelo maior tempo possível.

Nessa perspectiva, a saúde subjetiva, aquela avaliada pela pessoa a partir dos aspectos funcionais e percepção da própria saúde, adquire importância. A escuta ativa dessas necessidades, considerando os aspectos objetivos e subjetivos da saúde, é uma atitude potencial no aprofundamento do respeito aos idosos como sujeitos capazes de escolhas.

Esta pesquisa detectou indícios para conhecer e compreender as interpretações e atitudes dos idosos, residentes em área urbana da Zona Leste de Porto Alegre, frente a situações de saúde. Embora o estudo tenha atingido os objetivos a que se propunha, vislumbram-se possibilidades que podem ser desenvolvidas em outras pesquisas. Por

exemplo, sugere-se estudar a temática a partir da visão dos profissionais de saúde, avaliando como se dá essa comunicação profissional-paciente e como eles interpretam as necessidade de saúde dos idosos e como percebem as escolhas das práticas terapêuticas. Outra sugestão é o estudo das práticas terapêuticas dos idosos utilizandose do método de observação do seu cotidiano. Acredita-se que os achados dessas pesquisas podem ampliar essa compreensão e, dessa forma, subsidiar ainda mais, a capacitação de profissionais no campo da Educação em saúde e do trabalho da Enfermagem em particular, favorecendo, assim, os processos de autocuidado e de resolutividade terapêutica para os problemas da população idosa.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, Paulo Sérgio D. *et al.* Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-77, fev. 1997.

BAOS, Vicente. **Sin receta, la automedicación correcta y responsable**. Madrid: Ediciones de Hoy, 1996. 223 p.

BARDIN, Laurence. **L'analyse de contenu**. Paris, Presses Universitaires de France, 1977. 233p.

BARROS, José Augusto Cabral de. **Propaganda de medicamentos**: atentado à saúde? São Paulo: HUCITEC, 1995. 222 p.

BRASIL. **Lei nº 8.842 de janeiro de 1994**. Política nacional do idoso. Brasília, DF, 1994. 28 p.

BRASIL. **Projeto de Lei da Câmara nº 57 de 2003**. Estatuto do idoso. Brasília, DF, 2003. 3 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Define as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, [1996]. 10 p.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; SAUPÉ, Rosita. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, DF, v.57, n. 2, p.165-169, mar./abr. 2004.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica *In*: FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Lígia; NERI, Anita Liberalesso, CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; GORZONI, Milton Luiz; ROCHA, Sônia Maria da CONÇADO, GOROW, ROCHA. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.1187 p. p. 58-71.

CAPRA, Fritjof. O ponto de mutação, São Paulo: Cultrix, 1982. 447 p.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidade de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. *In:* PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. 180 p. p. 113-126.

CRUZ, Ivana B. M. da; MORIGUCHI, Emílio H. **Projeto Veranópolis**: reflexões sobre envelhecimento bem sucedido. Veranópolis: Oficina da Longevidade, 2002. 138p.

DEJOURS, Cristophe. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.

DAVID, Hélène. L'insoutenable lourdeur de l'autonomie pour les personnes âgées. *In:* BOUCHARD, Louise; COHEN, David. **Médicalisation et controle social**. Montreal: Acfas, 1995. 173 p. p. 43-66. (Lês cahiers scientifiques 84).

DIAZ, Rosana Burguez, Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes idosos *In:* PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996. 523 p. p. 230-241.

DOLL, Johannes. Saúde Subjetiva e satisfação de vida: um estudo comparativo entre pessoas idosas no Brasil e na Alemanha. **Revista Gerontologia**. Cidade v. 6, n. 3, p. 99-110, set.1998.

FERNANDES, Luciana C. Caracterização e análise da farmácia caseira ou estoque domiciliar de medicamentos. 2000. 87 f. Dissertação (Mestrado em Famácia) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100): características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n. 5, p. 33-38, 2000.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; BERTOLOZZI, Maria Rita. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, DF: USP, 2001. 250 p. p. 9-13.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GERHARDT, Tatiana Engel **Anthropologie et Santé Publique**: approche interdisciplinaire. Pauvreté, Situations de vie et Santé à Paranaguá, Paraná, Brésil. 2000. 362 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Université de Bordeaux 2, Bordeaux, 2000.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin. **O inquérito**: teoria e prática. 3. ed. Portugal: Celta, 1997. 336 p.

GIL, Antônio Carlos **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999. 208 p.

GORDILHO, Adriano *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral do idoso**. Rio de janeiro: Um ATI, 2000. 92 p.

HEINECK, Isabela. Estudio cualitativo y cuantitativo de los medicamentos del mercado popular (OTC) más vendidos en Brasil en 1993. 1996. 83 f. Dissertação (Mestrado em Farmacoepidemiología) – Facultad de Medicina, Universidad Autônoma de Barcelona, Barcelona, 1996.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003. 408 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Tabela 2 - População residente, total e de 60 anos ou mais de idade, por sexo e grupos de idade, segundo os municípios das capitais - 1991/2000. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm?c=7> Acesso em: 02 jun. 2005, 17:35:30.

LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica.** São Paulo: Cortez, 1991. 159 p.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria Padilha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3. p. 775-782, 2003.

LIVTOC, Júlio; BRITO, Francisco de. **Envelhecimento prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. 226 p.

LOPES, Marta Julia Marques. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. *In:* LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann e WALDOW, Vera Regina (Org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 156 p. p. 55-62.

LOPES, Marta Julia Marques (Coord.) **Projeto de pesquisa-desenvolvimento:** as doenças crônico-degenerativas e a promoção da qualidade de vida. Plano sul de pesquisa/CNPq. Porto Alegre, 2001. 26f. Projeto inscrito no CNPq sob o processo de nº 400202/99-9.

LOPES, Marta Julia Marques; SILVEIRA, Denise Tolfo; FERREIRA, Sandra Rejane Educação em saúde nas doenças crônica degenerativas e a promoção da qualidade de vida: relato de experiência. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v.2, p. 112-130, 1999.

LOPES, Ruth Gelehrter Costa. Idosos: o medicamento intermediando relações. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, v. 75, p. 127-142, 2003. (Ano XXIV Especial 2003: Velhice e Envelhecimento).

LOPES, Ruth Gelehrter Costa. **Saúde na velhice**: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento. São Paulo: EDUC, 2000. 192 p.

LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio *et al.* Prevalência e fatores associados à medicação: resultados do projeto Bambuí. **Revista Saúde Pública,** São Paulo, v. 36, n. 1, p. 55-62. fev. 2002.

METCALF, Elena Brett; BERGER, Carla Baumvol; NEGRI FILHO, Armando Antônio de. A medicina tradicional, alternativa e complementar. *In*: DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J. e colaboradores. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 1600 p. p. 160-165.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993. 266 p.

MORAGAS, Ricardo Moragas. **Gerontologia social**: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997. 289 p.

NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. *In:* NERI, Anita Liberalesso (Org.) **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas: Papirus, 1993. 285 p. p. 9-55.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. *In:* VASCONCELOS, Eymar Mourão (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. 281 p. p.63-72.

NOVAKOSKI, Lurdes E. **As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde**. 1999 322 f. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) - Universidade Federal do Paraná e Universitè Bordeaux 2, Curitiba, 1999.

NUNES, André; SANTOS, James Richard Silva; BARATA, Rita Barradas; VIANNA, Sólon Magalhães. **Medindo desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. IPEA/OPAS. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224 p.

NUNES, Everardo Duarte. A doença como processo social *In:* CANESQUI, Ana Maria (Org.) **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2000. 283 p. p. 217-229.

OLIVEIRA, Granville Garcia. A indústria farmacêutica e o controle internacional de medicamentos. Brasília: Gráfica do Senado, 1998. 175 p.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Epidemiologia do Envelhecimento *In:* PAPALÉO NETTO, Matheus, **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora Atheneu, 1996. 523 p. p. 26-43.

PATRICK, Donald. L.; ERICKSON, Ponnifer. **O que significa qualidade de vida?** Conceitos e dimensões. [pt. 1] Squibbline. São Paulo: Publicação de Squibb Indústrias Químicas S. A., p. 16-24, 1999.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardete P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

RENAUD, Marc. Le concept de médicalisation a-t-il toujours la même pertinence? *In:* BOUCHARD, Louise; COHEN David. **Médicalisation et controle social**. Montreal: Acfas, 1995. 173 p. p. 167-173. (Lês cahiers scientifiques 84).

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. **Os idosos do Rio Grande do Sul**: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa. Porto Alegre: CEI, 1997. 124 p.

ROMERO, Mariza. **Medicalização da saúde e exclusão social**. Bauru: EDUSC, 2002. 182 p.

ROSA, Tereza Estuko da Costa. Redes de Apoio Social *In:* LIVTOC, Júlio; BRITO, Francisco de. **Envelhecimento prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. 226 p. p. 203-218.

PETROVICK, Pedro Ros. O que são medicamentos? *In:* SCHENKEL, Eloir Paulo; MENGUE, Sotero Serrate; PETROVICK, Pedro Ros (Org.). **Cuidados com os medicamentos**. 4.ed., Porto Alegre/Florianópolis: Ed. da UFRGS/Ed. da UFSC, 2004. 224 p. p. 11-21.

SILVA, Lúcia de Fátima *et al.* Família e redes Sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença *In:* SOUZA, Ângela Maria. **Saúde e doença**: uma abordagem cultural da Enfermagem. Florianópolis: Papa-livro, 1996. 118 p. p.75-96.

SIMÕES, Cláudia Maria Oliveira *et al.* **Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 1998. 173 p.

SOUSA, Aline Iara. Envelhecimento, estratégias de saúde e qualidade de vida em uma vila popular do município de Porto Alegre. 2002. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SOUZA, Aline Corrêa, LOPES, Marta Julia Marques. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 1, n. 24, p. 8-13, abr. 2003.

STENZEL, Lúcia Marques. **Histórias de Peso uma análise psicossocial da cirurgia da obesidade.** 2005. 205 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde *In:* VALLA, Victor Vincent **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1993. 160 p. p. 11-22.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VERAS, Renato. **País jovem de cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: RELUME, 1994. 224 p.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 84 p.

VILARINO, Jorge F. *et al.* Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 43-50, fev. 1998.

VILARINO, Maria Aparecida Muller. **A (re)volta da vacina:** Eficácia e Credibilidade Social da vacinação Contra Influenza entre Idosos de Porto Alegre. 2002. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

XAVIER, Jesuan. Viver mais e melhor. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 8-9, jan. 2004.

APÊNDICE A - Guia de Entrevista

IDENTIFICAÇAO			
Prontuário:			
	Data de Nascimento:		
Sexo:	raça/cor:	Etnia:	
Endereço:			
Ocupação:			
Profissão:			
Escolaridade:			
	Nº de pessoas:		

ENTREVISTA:

- 1- O que é para o senhor(a) ser uma pessoa com saúde?
- 2- O senhor (a) tem saúde?
- 3- O que o Senhor (a) faz quando percebe que está com algum problema de saúde?
- 4- Quem o Senhor (a) costuma procurar quando percebe o problema?
- 5- O Senhor (a) tem algum problema de saúde? Qual?
- 6- O Senhor (a) usa alguma medicação? Se sim, qual e quem lhe receitou?
- 7- O Senhor (a) usa algum outro meio para buscar alívio ou para curar algum problema?
- Se sim: Qual? Para qual problema? Quem lhe indicou? Como prepara ou onde adquiri remédios caseiros?
- 8- Conte-me sua trajetória de saúde-doença nos últimos seis meses e quais condutas foram adotadas.
- 9 Tem mais alguma coisa que o senhor (a) gostaria de acrescentar?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE SUL ESCOLA DE ENFERMAGEM COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu	estou ciente de que esta
entrevista servirá para a coleta de dados do es	tudo sobre as Práticas Terapêuticas
entre idosos. O estudo é de autoria de Aline Corr	,
Dra. Marta Julia Marques Lopes, e tem cor	•
terapêuticas utilizadas pelos idosos. Estou cien	
precisarei somente responder as perguntas e perr	, , ,
cassete. Fui informado (a) de que a minha decla	
para o estudo, podendo ser divulgado em periódi	
minha identidade será respeitada, e que poderei	
momento em que desejar, sem que esta decisã	ao acarrete onus na assistencia que
recebo.	
	Entrevistado (a)
	(-,
	Description
	Pesquisadora

Telefones para contato: 91038555 - Aline, 33165481 - Marta Julia

ANEXO – Documento de aprovação da comissão de ética da Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa na Saúde Av. João Pessoa, 325 - 2º andar - Fone.: 3289-2771

PROJETO DE PESQUISA: "CULTORES DA ARTE DE CURAR? PRÁTICAS TERAPÊUTICAS ENTRE IDOSOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE"

AUTORA: ALINE CORRÊA DE SOUZA

ORIENTADOR: Dra. MARTA JULIA MARQUES LOPES

PROCESSO: 001.027396.04.5

PARECER:

- Objetivo bem definido e alcançável.
- Justificativa apresenta argumentos quanto à relevância da proposta.
- Método definido com clareza, contempla todos os requisitos.
- Aspectos éticos contemplados.

Com base no exposto acima, considero o projeto apto a ser desenvolvido.

Porto Alegre, 15 de junho de 2004.

Karina Santos p/COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA