

JULIANA TEIXEIRA BARREIROS

**IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE QUALITATIVA DOS
CONCEITOS DE SAÚDE EM PARTICIPANTES DE UM
GRUPO DE IDOSOS DE FLORIANÓPOLIS/SC.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2004**

JULIANA TEIXEIRA BARREIROS

**IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE QUALITATIVA DOS
CONCEITOS DE SAÚDE EM PARTICIPANTES DE UM
GRUPO DE IDOSOS DE FLORIANÓPOLIS/SC.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Presidente do colegiado: Prof. Dr. Ernani Lange de S. Thiago

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2004**

Barreiros, Juliana Teixeira.

Identificação e análise qualitativa dos conceitos de saúde em participantes de um grupo de idosos de Florianópolis/SC. /Juliana Teixeira Barreiros. – Florianópolis, 2004.

20p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Conceitos de Saúde 2. Pesquisa Qualitativa 3. Saber Popular

(...)
*Um dia a gente chega
E no outro vai embora
Cada um de nós compõe
A sua própria história
E cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
De ser feliz.*

(A.Sater/ R. Teixeira)*

* Sater A, Teixeira R. Tocando em frente *in* Renato Teixeira & Pena Branca e Xavantinho: Ao Vivo in Tatuí. [CD] M-KCD-053. Kuarup discos, 1992. Interpretado por Renato Teixeira.

A Gilberto, meu companheiro de longa estrada,
e aos meus pais que me ensinaram a ter
perseverança.

AGRADECIMENTOS

Ao Gabriel, que me faz sorrir sempre;

Aos meus familiares e amigos pelo carinho e incentivo;

Aos amigos da Vila Aparecida por me ensinarem um pouco da Medicina;

A Amanda, pela amizade e ajuda mútua;

A Vera Lúcia Bridi, por ajudar na formação do Grupo de Amigos Da Vila
Aparecida

Ao Mário Steindel, Edmundo Grisard e Marco Da Ros por me apresentarem à
Extensão Universitária e

Ao CNPq, pelo apoio institucional para a realização desta pesquisa.

RESUMO

Introdução: Este trabalho abordou o conceito de saúde inserido em um grupo de idosos e suas inter-relações culturais, psicológicas biológicas e sociais. **Objetivos:** Estabelecer qualitativamente as concepções de saúde de participantes de um grupo de idosos (GAVA); relacioná-las dialeticamente e estabelecer a importância do saber popular para a construção da prática médica. **Metodologia:** O método foi qualitativo em vista de estudar os sujeitos em permanente transformação, atitudes, crenças e valores com a abordagem da dialética por privilegiar o processo saúde/doença à luz de representações sociais e o modo de construção do conhecimento que envolve o sujeito. A entrevista, após o consentimento declarado, foi semi-estruturada, permitindo aprofundar a comunicação sem uma amostragem definida, oferecendo reincidências de informações, porém não descartando dados ímpares. Através da observação participante e da análise das gravações, formularam-se categorias para detecção de divergências e pontos coincidentes, buscando a compreensão dos valores culturais e as relações entre os indivíduos e os fatores sociais. **Conclusões.** Na decodificação da fala, a saúde apareceu como um conceito multifatorial ultrapassando a dimensão biológica. Como a categoria médica não está apta a lidar com o conceito dinâmico de saúde, suas atitudes são em relação a mudanças individuais, sem tratar de relações sociais que poderiam influenciar efetivamente na saúde e não, isoladamente, na doença. Este estudo pode contribuir para a consciência do estado dinâmico que é a saúde e reformular questões relativas ao planejamento e à organização dos serviços primários de saúde, levando-se em conta o pensar e o agir da população para que tenha uma maior efetividade.

Palavras-chave: conceitos de saúde; pesquisa qualitativa; saber popular.

ABSTRACT

Introduction: This work approached the inserted concept of health in a group of aged and its cultural psychological biological and social inter-relations. **Objectives:** to establish qualitatively the conceptions of health of participants of a group of aged (GAVA); to relate them dialectically and to establish the importance of popular knowing for the construction of the practical doctor. **Methodology:** The method was qualitative in sight to study the citizens in permanent transformation, attitudes, beliefs and values with the boarding of the dialectic for privileging the process health/illness to the light of social representations and the way of construction of the knowledge that involves the citizen. The interview, after the declared assent, was semistructuralized, allowing to deepen the communication without a defined sampling, offering relapses of information, however not discarding given uneven. Through the participant comment and of the analysis of the writings, coincident categories for detention of divergences and points had been formulated, searching the understanding of the cultural values and the relations between the social individuals and factors. **Conclusions:** In the decoding of it speaks, the health appeared as an multifactorial concept exceeding the biological dimension. As the medical category is not apt to deal with the dynamic concept of health, its attitudes are in relation the individual changes, without dealing with social relations that could influence effectively in the health and not, separately, in the illness. This study can contribute for the conscience of the dynamic state that is the health and to reformulate relative questions to the planning and the organization of the primary services of health, taking in account thinking and acting of the population so that it has a bigger effectiveness.

Word-key: health concepts; qualitative research; to know popular.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| RESUMO | v |
| ABSTRACT | vi |
| 1 INTRODUÇÃO | 1 |
| 2 OBJETIVOS | 5 |
| 3 MATERIAL E MÉTODOS | 6 |
| 3.1 Fase exploratória da Pesquisa..... | 7 |
| 3.2 Fase de Trabalho de Campo | 8 |
| 3.3 Fase de Análise | 9 |
| 4 ANÁLISE | 10 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 15 |
| ANEXOS | 17 |
| Anexo 1 | 17 |
| Anexo 2 | 18 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 19 |

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde, há muito discutido e aparentemente simples, revela-se complexo, pois demonstra estar relacionado ao modo de vida de uma população e com o ambiente cultural que a cerca. Porém, esta influência cultural é esquecida quando se correlacionam as propostas de saúde governamentais com as necessidades de saúde diagnosticadas pela própria comunidade. Isto porque, para muitos, quando se fala em melhorar a saúde da população significa melhorar índices de morbimortalidade, ou seja, pensa-se na doença e não em formas de atuar propriamente na saúde e suas interligações.

BORUCHOVITCH referenciando um trabalho publicado por Novaes em 1976, diz que saúde e doença são muito mais valores sociais e historicamente determinados do que a simples expressão da situação biológica do organismo. ¹

LEININGER citado por PORTELLA refere que saúde é um estado culturalmente definido, no qual o indivíduo ou grupo possa realizar suas atividades de forma satisfatória, de acordo com suas crenças e símbolos. ² De acordo com MINAYO, tal conceito está relacionado com a situação em que vive a população e “com as contradições mais gerais da sociedade que também se expressam no setor saúde” sendo um caminho para o entendimento das relações entre indivíduo e sociedade. Citando SCHUTZ, refere que através do senso comum a pessoa define sua situação, agindo e atribuindo significados à sua ação de acordo com sua história de vida e da construção do conhecimento junto dos que a cercam. ³ PORTELLA, ao citar GONÇALVES, lembra que em relação aos idosos, o tema depende, entre outras causas, dos projetos de vida compartilhados entre as pessoas que inclua a vivência de sua própria história e do exercício da cidadania. ²

MOURA faz um estudo sobre a evolução do conceito de saúde. Lembra que Hipócrates (460-377 a.C) conceituava saúde como o “equilíbrio dos humores” e mais tarde tal definição foi enriquecida por Galeno (131-201 d.C.) como sendo o “equilíbrio íntegro dos princípios da natureza, ou dos humores em nós existentes”. ⁴ Posteriormente, com a descoberta das patologias,

acentuou-se a tendência em definir com conceitos negativos à saúde, como ausência de determinados fatores e em função da doença.^{5,6}

Em 1946 a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. Tal ponto de vista é questionado por não permitir pensar em anomalias ou desvios, não ser operacional e não refletir a realidade do processo dinâmico social.⁶

Com a maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis começou a surgir uma valorização do ambiente social no processo saúde-doença, em detrimento ao enfoque apenas biologicista.⁶ Através da I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, foi elaborada a Carta de Ottawa em 1986, declarando que “saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” e estabelecendo como pré-requisitos para alcançá-la: paz; habitação; educação; alimentação; renda; ecossistema estável; recursos sustentáveis; justiça social e equidade. Afirma que:

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde.[...] As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal da saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existente na sociedade.

As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.⁷

Para isso, cita a necessidade da reorientação dos serviços e de pesquisas no assunto, assim como “mudanças na educação e ensino dos profissionais da área para que focalizem as necessidades globais do indivíduo [...]”⁷

Questiona-se a viabilidade destas propostas, além do próprio conceito inserido, pois de acordo com tal concepção, um indivíduo não alcançaria completamente tais premissas pelo fato de ser em uma sociedade utópica, sendo, portanto desprovido de saúde, em qualquer que seja a época da vida. DUBOS citado por MOURA observa que as pessoas desejam naturalmente saúde e felicidade, transcendendo valores biológicos, e que, portanto, “saúde não é necessariamente um estado em que se experimente vigor físico e bem-estar, mas a capacidade de atingir objetivos”.⁴

GONÇALVES, citado por PORTELLA, menciona que “saúde não é entendida como a ausência de doenças, nem só o completo bem-estar físico, psíquico e social, mas a atitude ativa de

fazer face às dificuldades do meio físico, psíquico e social, de entender sua existência e, portanto, de lutar contra elas”.²

CANGUILHEN em sua tese de doutoramento em Medicina em 1966, já afirmava que “a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio” e completava dizendo que o ser humano somente concorda que está com saúde quando está “não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas também normativo, capaz de seguir normas de vida”.⁸

TOTMAN em 1979 dizia que era necessário um novo conceito de saúde juntamente com uma nova abordagem ao doente. Além disso, recorda que as ações propriamente no campo da saúde pouco contribuíram para a melhoria da mesma, ao contrário de ações no campo social e econômico⁹. Assim, ações voltadas exclusivamente para a diminuição de doenças não contribuem necessariamente com a melhoria na saúde da população em questão. Além disso, CONTANDRIOPOULOS enfatiza que quando uma população vive mais tempo não significa que sejam menos doentes que outros. O que ocorre é uma modificação na incidência e prevalência de doenças de acordo com a faixa etária envolvida, mas não a eliminação das doenças. Portanto, os modelos teóricos que existem para explicar a causalidade das doenças, não são, de forma alguma, passíveis de serem utilizados para os modelos de saúde da população. Cita um trabalho de Antonovsky publicado em 1992, em que o ambiente social parece influenciar o estado de saúde e ainda reforça a resistência às doenças ou favorece uma recuperação mais rápida.¹⁰

O curso de Medicina da UFSC, a exemplo de outras escolas médicas brasileiras, ainda está centrado no modelo biomédico flexneriano. Este é baseado no que ficou conhecido como Relatório Flexner, livro escrito no início do século XX. Tratava-se de uma nova visão aos avanços da Medicina à época, com um enfoque biologicista da doença, centrado na doença individual, sem reconhecer a determinação social da mesma.¹¹ Conseqüentemente, sendo a Medicina, “a ciência das doenças” a pesquisa médica concentrou-se em patologias deixando o indivíduo e suas dimensões coletivas em segundo plano.^{12,13} Tal visão predomina também na assistência médica atual em que se focalizam os aspectos anatômicos do indivíduo, compartimentalizando-o e esquecendo-se de seus aspectos socioculturais, além de tratar saúde como sendo a ausência de doenças.

Este enfoque dominante do saber médico sobre o conceito de saúde e formas biológicas para alcançá-la repercute na desqualificação do saber popular ¹⁴ e leva ainda a responsabilidade de *saúde* para o campo individual, uma vez que o enfoque é prioritariamente biológico.

Porém, o médico necessário à sociedade deve estar apto a reconhecer a determinação social da doença, além de abordar a doença como multicausal e tratá-la de forma adequada. ¹¹ Destarte, o médico não deve apenas tratar de doenças mas cuidar da saúde e, para isso, deve reconhecer a concepção que o indivíduo tem da mesma.

Segundo VASCONCELOS, a superação do “fosso cultural” que há entre os serviços oferecidos e a população, em que um não “compreende a lógica e as atitudes do outro” é fundamental para superar os desentendimentos e buscar uma mútua colaboração com integração de saberes.¹⁵

A construção, do ponto de vista dos sujeitos, do significado da saúde é portanto o caminho para a construção coletiva do conhecimento, com práticas que atendam à visão global do indivíduo – corpo e mente – com integração dos fatores culturais, econômicos e sociais, eximindo de culpa a pessoa por sua má-saúde.

2 OBJETIVOS

- Reconhecer as concepções de saúde de participantes de um grupo de idosos e
- Correlacionar a importância do saber popular para a construção da prática médica.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo desenvolveu-se com integrantes de um grupo de idosos da Vila Aparecida, município de Florianópolis/SC. É um grupo aberto, podendo sempre ter novos integrantes. A idade média é de 62 anos, com extremos de 51 e 79 anos, formado por participantes de mesma condição social (aposentados, pensionistas, outros), não limitado por isso a idade mínima, e em sua maioria semianalfabetos. Dados desta região evidenciam que possui deficiências no fornecimento de água, luz elétrica e saneamento. Agrupa famílias de baixa renda, desempregados ou subempregados, contando com aproximadamente 7.500 moradores (informação esta cedida pela médica do Posto de Saúde local, em 2001), em que já se pode perceber o processo de envelhecimento desta população, quando o número de idosos passa a ser cada vez mais expressivo.

Segundo o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geostatística (IBGE) de 2001, dos quase 170 milhões de brasileiros, aproximadamente 27 milhões possuem idade superior a 50 anos. Em relação a Santa Catarina e Florianópolis, são, respectivamente 738.812 e 44.163 pessoas na faixa etária referida.¹⁶

Por si só, a idade cronológica de um indivíduo nada nos revela sobre sua existência, personalidade, produtividade, crenças e valores, pois as pessoas são mais do que simples expressão de suas atuais condições físicas e/ou psicológicas. SACRAMENTO afirma que a categoria “velhice” pode ser remanejada de uma sociedade para a outra de acordo com a lógica social que determina a longevidade de seus membros, sendo então uma categoria cultural.¹⁷

O método utilizado nesta pesquisa foi *qualitativo* com abordagem da *dialética*, em vista de se estudar os sujeitos e suas inter relações em permanente transformação, atitudes, crenças e valores, não sendo, portanto, possível quantificar em números. MINAYO cita que “se falamos de Saúde ou Doença essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico”.³ Este tipo de pesquisa descritiva tem como fonte direta dos dados o ambiente natural e os pesquisadores preocupam-se primeiramente com o processo e não simplesmente com os resultados.¹⁸

YALOUR & TOBAR ao enumerar as características da análise qualitativa menciona, entre outras, que aborda uma múltipla fonte de dados, preocupando-se menos com a frequência dos fatos, além de reduzir as distâncias entre teoria e informações, entre contexto e ação.¹⁹ De acordo com VASCONCELOS, tal método assume lógicas e interesses populares, através da troca de conhecimentos entre pesquisador – pesquisado, mudando o caráter do conhecimento, e acrescenta que possui menor custo e menor estrutura institucional de apoio, quando comparado a pesquisas tradicionais.¹³

Analisando-se o processo saúde/doença, utilizou-se a abordagem dialética por ser o método que privilegia tal fenômeno histórico, abrangendo o “sistema de relações que constrói, o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados”.²⁰ Dessa forma, considera que os fenômenos devem ser entendidos à luz das transformações dadas pelos sujeitos. TRIVIÑOS coloca que a dialética parte da descrição que tenta captar a essência do fenômeno, procurando explicar sua origem, suas relações e transformações, intuindo seu alcance para a população.¹⁸

O processo de pesquisa envolveu três fases: fase exploratória da pesquisa, fase de trabalho de campo e fase de análise, assim descritas.

3.1 Fase Exploratória Da Pesquisa

O “Grupo de Amigos da Vila Aparecida” foi criado em setembro de 2000 por meio de um projeto de Extensão Universitária. Através de conversas com a médica do Posto de Saúde da Vila Aparecida e com a própria comunidade, foi diagnosticada a necessidade de um espaço para os idosos em que pudessem expressar-se. Apesar do Projeto não ter sido aprovado pelo Departamento de Extensão Universitária da UFSC, pelo motivo alegado de “não ser um campo da Medicina e ter pouca ação propriamente médica”, o grupo cresceu com o voluntariado. Mais do que promover saúde, o grupo nasceu da necessidade desses estudantes aprenderem com a comunidade os fatores determinantes do processo saúde-doença e possíveis intervenções nessa questão, através da participação comunitária, apoio social, solidariedade e afetividade.

A convivência de quase dois anos fez nascer a própria fase exploratória dessa pesquisa, na medida em que foi se verificando mudanças de comportamentos e de relacionamentos.

Surgiram então duas perguntas chaves para os acadêmicos: como o grupo influenciou/influencia na saúde dos integrantes e como é definido este conceito de saúde? Em tal pesquisa procurou-se então responder à segunda questão.

O vínculo afetivo criado possibilitou um envolvimento compreensivo porém não paternalista e trouxe para a pesquisa o entendimento da vida cotidiana e seus valores, símbolos e significados intrínsecos. Isso porque, sendo o “observador e observado ambos possuidores de significados atribuídos pelo próprio homem, a construção do conhecimento não se dá de forma imparcial, mas subjetiva”.³ TRIVIÑOS entende que o contexto no qual os indivíduos estão inseridos tem um valor fundamental para a compreensão de suas atividades e por isso qualquer tentativa de isolamento irá criar uma falsificação da realidade com conseqüente interpretação errônea dos fatos.¹⁸

3.2 Fase De Trabalho De Campo

A fase de trabalho de campo consistiu na aplicação de uma entrevista semi-estruturada a alguns participantes do grupo. Tal método pode apreender o ponto de vista dos pesquisados possibilitando o surgimento de dados novos e inesperados, além de abrir espaço para a elaboração de novas hipóteses. As pessoas que foram entrevistadas foram escolhidas por aceitar fazer parte da pesquisa, por freqüentar periodicamente o grupo e por possuir um vínculo afetivo com a entrevistadora, possibilitando compreender suas relações de vida. Não houve uma preocupação com a representatividade numérica, pois se considerou uma amostragem que pudesse permitir reincidências de informações, porém não descartando informações ímpares. A entrevista foi gravada em fita cassete após consentimento verbal do entrevistado (o termo de consentimento foi *lido e aceito* no início da entrevista, uma vez que apenas uma entrevistada era alfabetizada) e enriquecida com anotações pessoais a fim de abranger um campo maior de análise. Houve a realização de uma entrevista piloto em outro grupo com a finalidade de testar o instrumento de coleta e analisar se ocorria uma possível indução do pesquisador frente às perguntas efetuadas.

Somando-se a esta atividade, houve uma observação participante servindo de base para a construção de novas hipóteses, novas indagações, a fim de contribuir para a formação de um saber crítico.

3.3 Fase De Análise

A análise ocorreu durante todo o processo de coleta de dados, estabelecendo uma compreensão do material e articulando-o ao contexto cultural.

Fez-se a transcrição na íntegra da gravação e releitura do material com conseqüente formulação de *categorias*, abrangendo elementos com características comuns, o que permitiu detectar divergências, conflitos ou pontos coincidentes. Em um segundo momento fez-se a junção dos fatos encontrados, de maneira a entender a fala envolta em um processo social fruto de múltiplas determinações. Buscou-se assim, compreender os valores culturais e as relações existentes entre os indivíduos e os fatores sociais com produção de conhecimento de maior alcance.

4 ANÁLISE

De acordo com os pressupostos citados no capítulo anterior, foram entrevistadas quatro participantes do Grupo, descritas a seguir.

Entrevistada número 1:

Entrou no Grupo quando da sua fundação, em setembro de 2000. No momento da entrevista, em julho de 2002, possuía 67 anos. Morava com um neto, um filho, uma filha e um genro temporariamente. Viúva, recebe pensão e aposentadoria de um salário mínimo. Tem problemas no coração (cirurgia valvular prévia) e osteoporose. De análise pessoal, foi uma das incentivadoras do crescimento do Grupo, através de “propaganda” pois é moradora antiga no local e conhece muita gente na Vila Aparecida. Gosta de aprender “o que não sabe”. Atualmente está batalhando para fundar uma Associação com o grupo de idosos na Vila Aparecida junto à Prefeitura local.

Entrevistada número 2:

Entrou no Grupo quando da sua fundação, em setembro de 2000. No momento da entrevista, em julho de 2002, possuía 80 anos. Viúva, mora com dois filhos e dois netos, recebe aposentadoria e uma cesta básica por mês da Prefeitura. Refere não ter doenças. Após entrar no Grupo, todos notaram que passou a ser mais alegre e divertida. Tem vontade de aprender a tocar violão para ir cantar em asilos “pois aqueles velhinhos estão tristes”. Quer morar perto da praia, pois sua vizinhança atual é “perigosa”, com brigas e troca de tiros de madrugada. É benzedeira há bastante tempo e agora grava músicas para mostrar nos lugares aonde vai. Participou do Concurso “Talentos da Maturidade Banco Real” em 2002 na categoria musical.

Entrevistada número 3:

Entrou no Grupo em outubro de 2000. Quando entrevistada, em novembro de 2002, possuía 62 anos. Mora com o marido; recebe uma cesta básica mensal da Igreja local e ajuda dos filhos. Refere ter hipertensão e uma forte dor lombar crônica que dificulta o exercício das atividades diárias. Uma de suas filhas faleceu em 2000, e sempre cita o grupo como “fonte de energia para continuar levando a vida”.

Entrevistada número 4:

Entrou no Grupo no início de 2002. Quando entrevistada, em dezembro de 2002, possuía 66 anos. Viúva, mora com 9 filhos (“dois de criação”). Recebe aposentadoria e ajuda dos filhos. É diabética, com tratamento medicamentoso. Participa de um grupo de diabéticos, mas diz sentir-se melhor no GAVA pois quando se fala só em doença “deixa a gente mais pra baixo ainda”. Era uma das primeiras a propor passeios para o GAVA.

A análise sucessiva do material obtido trouxe informações que foram organizadas em três grandes eixos norteadores multifatoriais: causação natural; psicossocial e socioeconômica, sendo que esta pluridimensionalidade foi também identificada em outros trabalhos.^{21,22}

Quanto à **causação natural**, foram observados fatores influenciadores na tentativa de atribuir à natureza a presença ou não de saúde; podendo significar que o cuidado em saúde é passado de geração em geração.

Correlacionaram-se aqui, falas em que se extraem fatores da natureza ou mesmo fatores alimentares e suas combinações para explicar o que se faz para ter saúde.

Uma mudança na temperatura pode ocasionar perda da saúde ou a diminuição da mesma, correlacionando-se com dores articulares, gripes e mal-estares.

Determinados tipos de comida não podem faltar porque fazem bem e outras não podem ser misturadas que podem causar rouquidão e má digestão.

“Eu fui criada com a farinha de mandioca. Então, eu nunca posso perder de comer a farinha da mandioca. Eu não comendo a farinha de mandioca eu fico fraca”. (entrev.2)

“Se eu tomar café quente eu não tomo água fria”. (entrev.2)

“Eu trabalho com fogão de lenha, mas quando eu tô aí na quentura, eu não gosto de apanhar chuva ou qualquer uma coisa né”.(entrev.2)

“São as fruta que nos já tinha. Que eu fui criada de chegar no pé e apanhar.” (entrev.2)

“Sempre trazendo um anel de prata, que dá uma coisa, um ar, cai na prata”.(entrev.2)

“...não pode comer muito também, tem que tá de olho naquilo que come.” (entrev.4)

“Mas a comida que eu não posso faltar será o peixe, que eu fui criada desde pequena”.(entrev.2)

As **condições de existência e a forma de lidar com os sentimentos** também podem influenciar a saúde, de forma positiva ou não.

“De primeiro a gente pensava muito no negativo, agora não, agora a gente pensa no positivo”. (entrev.1)

“Mas eu me sinto bem perto dos outros velhos”. (entrev.2)

“Daí, quando eu fico nervosa, daí me sobe a pressão. Eu não posso ficar nervosa”.(entrev.3)

“Quando a gente tá conversando, a gente desaparece. Uma conta uma coisa, outra conta um caso, a gente dá risada e vai indo”. (entrev.3)

“Às vezes, dá um aborrecimento na cabeça que a gente tem que se distrair, não pode ficar só parada”.(entrev.4)

“(então quando eu fico triste) me dá muita dor de cabeça”. (entrev.3)

“Os meus filhos, eles gostam muito que eu passeie e eles gostam muito que eu venha no grupo. Tem assim, essa preocupação assim né. Que eu tinha essa ocupação”. (entrev.1)

“A gente não pode tomar só remédio, tem que se distrair também”. (entrev.3)

Quando investigado porque a pessoa sente-se com pouca saúde, ficam explicitados discursos que correlacionam a presença de doenças com a diminuição da saúde.

“A saúde que a gente tem não pode ter dor nenhuma, né”.(entrev.3)

Ao analisar-se o significado de *saúde* encontraram-se respostas diversas, relacionadas ao momento de vida pelo qual passavam. Ao dizer

“Saúde para mim, é que não tenha dor”(entrev.3)

revela que no momento o que mais a incomodava era uma dor lombar forte e que o sistema médico oficial não conseguia resolver. Por outro lado, quando não havia queixa no momento ou mesmo por estar em um período na vida de plenas realizações pessoais, seja emocional ou mesmo relacionado com o controle de uma doença crônica, o discurso torna-se distante das doenças.

“Saúde é aquela pessoa que trabalha, é alegre, se diverte, sai pra ir num baile. Eu não gosto de baile, mas têm muitas que gostam né? Agora, aquelas pessoas que ficam tristes pelos cantos assim, não têm gosto para fazer nada (...)”.(entrev.4)

“Saúde é lutar pela vida, como nós tamo lutando agora”.(entrev.1)

“Ah, é alegria né”.(entrev.2)

“Ficar alegre, porque se eu não tiver saúde eu não canto, eu não toco violão. E a saúde é que faz”. (entrev.2)

“É trabalhar nas coisas que gosta, né. Aquele prazer de trabalhar, de passear, de conversar. Tudo isso. O nosso grupo aqui é a maior saúde nossa”.(entrev1)

Conseqüentemente, quando pensam se com o passar da idade a saúde se modifica, a resposta também está relacionada com as atuais condições. Quando, no momento da vida, a pessoa apresenta-se com dor ou outra queixa que a faz pensar estar sem saúde, revelam-se discursos tais:

“Ah, eu tenho medo é de piorar, né”. (entrev.3)

“Acho que quanto mais velha, se a gente não se cuida, é pior”. (entrev.3)

“Não, diminui sim. Diminui mesmo, porque aí começa a aparecer uma porção de coisas”. (entrev.4)

Também para o aspecto positivo tal fato foi observado.

“Quanto mais velha mais saúde”.(entrev.1)

“Eu to cada vez melhor”.(entrev.1)

“Então, assim, eu to velha, mas eu carrego assim aquele orgulho do que eu já fui”.(entrev.2)

“Não mudou nada. Mudou assim, que eu acho né, o cabelo, assim, branco né. E a pele que era muito macia, muito fina. (...) Mas mesmo é obrigado a mudar. A pessoa vai ficando velha. Ou velha ou morre”.(entrev.2)

Um fragmento de discurso intrínseco nas falas foi a **capacidade para trabalhar** como sendo sinônimo de saúde ou em alguns casos, ausência de doenças, ou seja o uso social do corpo.

“Se eu tivesse saúde, com essa minha idade, que eu to com 66 anos né, ainda dava pra trabalhar fora”.(entrev4)

“Só que é uma coisa que a gente não pode fazer muita força”.(entrev.4)

“O dia que eu tiver de cama então eu to morto”. (entrev.2)

“A minha idade, ninguém dá mais serviço, que eu já pedi e não dão. Eu to velha demais”. (entrev.2)

“Tenho, graças a Deus. Mas é assim pra trabalhar fora não dá”. (entrev.4)

Isto revela que a linguagem em relação ao corpo é em relação à sociedade e suas relações, pois o sujeito torna-se doente para a sociedade. Somados a isso, os conceitos da classe dominante se sobrepõem aos membros da sociedade e o corpo torna-se um gerador de bens em uma sociedade capitalista.³

Além disso, para se obter saúde ou mesmo mantê-la, o saber médico aparece influenciando tal estado:

“É, tem que ver o que o médico, eles vão me dar né”. (entrev3)

“Então eu tomo duas qualidades de remédio”. (entrev.4 ao dizer o que faz para ter saúde)

“(...)nunca fui de ir no médico. Agora que eu to indo no médico”.(entrev.3 dizendo que antes possuía saúde, mas agora não pois está indo ao médico)

Por fim, algumas falas revelaram que os conceitos de saúde e de doença, por mais paradoxal que pudesse parecer, não eram complementares entre si. As pessoas apresentavam doença de base e ainda assim diziam ter saúde, e então era perguntado se isso era possível ao que, após alguns segundos de silêncio, disseram:

“(a doença) Talvez esteja aqui, talvez...”.(entrev.1)

“Pode. Porque um dia o médico disse que eu tava assim, não sei o que foi que eu fiz, eu corri, tava cansada, e ele bateu. Aí, eu fui assim, no médico, e ele disse que o coração tava batendo forte. Aí eu disse: ainda bem, senão eu tava morta”.(entrev.4)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A decodificação da fala somente pode ser compreendida quando primeiramente compreende-se quem está falando, inserido no contexto sócio-histórico e nas suas relações de poder. É a partir do reconhecimento e aceitação do saber popular que se poderá construir saberes efetivamente democráticos e assim aumentar a ação transformadora desses grupos e estimular novas práticas médicas.

A população constrói seus saberes a partir de suas experiências, porém acrescentando fragmentos do discurso científico.²³ De acordo com as falas transcritas, pode-se perceber que tal população utiliza-se de pré-conceitos, elaborados pela mídia (alimentação saudável) ou por profissionais, particularmente a classe médica, relacionando paradoxalmente saúde com doença e sua complementaridade. Porém, mais que isso, os conceitos ultrapassam os fenômenos biológicos e inserem-se em um contexto social mais amplo. Como a classe médica não está apta a lidar com o conceito dinâmico de saúde, suas atitudes são em relação a mudanças individuais, sem tratar de relações sociais que poderiam influenciar efetivamente na saúde e não, isoladamente, na doença.

BUSS lembra que promover saúde é algo diverso de tratar doenças e que a situação de saúde de uma dada população está intimamente relacionada com seu modo de vida e processos que o transformam.²⁴ Assim, a saúde pública deveria identificar tais processos e atuar de forma dinâmica a fim de melhorar a saúde da população, e não apenas diminuir doenças e mortalidade.

Ainda são necessárias pesquisas para identificar de que maneira deveriam ser feitas modificações no ambiente social para que produza melhoria de saúde, pois se sabe pouco o que está operando no contexto social.¹⁰

Para analisar o processo de saúde de uma dada população recorre-se às Ciências Sociais, e para o processo de doença às Ciências Biológicas e esta dicotomia interfere na realização de processos preventivos e principalmente de promoção à Saúde, pois fragmenta o ser humano em ser biológico e ser social, enquanto que estas funções são na realidade interdependentes e influenciadoras.

O reconhecimento de que para saúde são necessárias boas condições de trabalho, moradia, lazer, dentre outros pré-requisitos, superou a concepção simplista de saúde como sendo “ausência de doença” reconhecendo a importância da integralidade individual e social do homem. Parte da premissa que **saúde é a capacidade de reagir de uma pessoa e que ações exclusivamente médicas promovem a ausência de enfermidades e não necessariamente a presença de saúde**. Isto porque a promoção à saúde abrange ações conjuntas de diversos campos não necessariamente exclusivos à saúde, na busca por equidade social, ambientes saudáveis e participação comunitária efetiva.

Este estudo pode contribuir para a consciência do estado dinâmico que é a saúde e reformular questões relativas ao planejamento e à organização dos serviços primários de saúde, levando-se em conta o pensar e o agir da população para que tenha uma maior efetividade.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA

PESQUISADORA: Juliana Teixeira Barreiros

ORIENTADOR: Marco Aurélio Da Ros

PESQUISA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA “Identificação e análise qualitativa dos conceitos de saúde em participantes de um grupo de idosos de Florianópolis/SC.”

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Dados pessoais: nome completo
data de nascimento
endereço
quantas pessoas moram na casa/quem
como você se sustenta (não quantificar)
possui alguma doença/qual
data de entrada no grupo

- O que é ter saúde para você?
- Como se consegue ter saúde?
- A idade muda a saúde da pessoa?
- É possível uma pessoa ter saúde e doença ao mesmo tempo?

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA

PESQUISADORA: Juliana Teixeira Barreiros

ORIENTADOR: Marco Aurélio Da Ros

PESQUISA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA “Identificação e análise qualitativa dos conceitos de saúde em participantes de um grupo de idosos de Florianópolis/SC”.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezado (a) senhor (a):

Ao responder as perguntas dessa entrevista, você poderá falar livremente sobre o que é saúde para você, como conseguiu-la, e se a idade muda a sua saúde; lembrando que não existem respostas certas para as perguntas feitas. Com isso, você estará ajudando os profissionais de saúde (enfermeiras, médicos...) que desejam entender o que é saúde na terceira idade.

Os dados dessa entrevista farão parte da pesquisa “Identificação e análise qualitativa dos conceitos de saúde em participantes de um grupo de idosos de Florianópolis/SC”, mas poderão ser usados em artigos para publicação, e gostaria de obter o seu consentimento.

Essa entrevista será gravada de acordo com o seu consentimento, garantindo sigilo e o material estará a sua disposição no momento que desejar.

Eu, _____ concordo com o acima escrito.

Data _____

Assinatura _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boruchovitch E. et al. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de primeiro grau. *Revista de. Saúde Publica* 1991; 25 (6): 418-25.
2. Portella MR. Cuidar para um envelhecer saudável: a construção de um processo educativo com mulheres de uma comunidade rural de passo fundo/RS [Dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo-Rio de Janeiro:HUCITEC/ABRASCO; 2000.
4. Moura D. O que se entende por saúde.In: Saúde não se dá: conquista-se. São Paulo: Hucitec; 1989 P41-55.
5. Veja-Franco L. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. *Reseña histórica. Salud Pública de México* 2002; 44: 258-265.
6. Teixeira MCTV. Representações sociais sobre a saúde-doença na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde [tese] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1999. P10-28.
7. Ministério da Saúde - Promoção da saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santa Fé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de megapaíses; Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.
8. Canguilhem G. O normal e o patológico. ed rev aum.Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1954.
9. Totman R. Social causes of illness. São Paulo: IBRASA; 1979.
10. Contandriopoulos AP. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? *Cadernos de Saúde Pública* 1998; 14 (1):
11. Cutolo LRA. Estudo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. [tese] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
12. Oliveira EN, Aragão AEA. A influência positivista na formação dos profissionais de saúde. Disponível em URL: < <http://www.sbmfc.org.br> >em 07/05/2004.

13. Vasconcelos EM. Reflexão sobre o método de pesquisa utilizado. In: Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ed. São Paulo: Hucitec; 2001. P273-281.
14. Valla VV. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. Cadernos de Saúde Pública 1998; 14 (sup. 2): 7-18.
15. Vasconcelos EM. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. Cadernos de Saúde Pública 1998; 14 (sup.2): 39-57.
16. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOESTATÍSTICA (IBGE).População residente por faixa etária segundo município e federação.Disponível em URL: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 03/02/2002.
17. Sacramento MTS. Velho aposentado: símbolo de vida. [Dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1989.
18. Triviños ANS. Pesquisa qualitativa. In: Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987 P116-175.
19. Yalour MR; Tobar F. ¿ Como hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud? Cuadernos Isalud 1999; 2 (2):
20. Minayo MCS (org).Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 3ed.Petrópolis: Vozes; 1994.
21. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia Cadernos de Saúde Publica 1988; 4 (4): 363-381.
22. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da Rede Pública de Serviços. Cadernos de Saúde Pública 1998; v. 14 (2):
23. Fonseca LCS. Ensino de ciências e saber popular. In: VALLA,VV.(org).Saúde e educação. Rio de Janeiro: DP&A; 2000 P87-103.
24. Buss PM. Promoção da saúde da família. Revista Brasileira de Saúde da Família 2002 2(6):