

Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública

Old age, disability and care in public health

Karla Cristina Giacomini¹
Josélia Oliveira Araújo Firmo²

Abstract *Aging of the population profoundly changes the scope of action of public health, altering the profile of morbidity-mortality and increasing the demand for chronic care. In the aging population, disability serves as an indicator of health and a guideline for actions and policies. This enquiry, with a qualitative approach, based on interpretative anthropology and the emic perspective, aims to understand the way of thinking and acting of old people in the face of 'old age with disability' and their relationships with public health. Individual interviews were held at the subject's homes, using a semi-structured script, with 57 old people living in the city, including participants from the cohort of Bambuí. Collection and analysis of the data was oriented by the methodology of Signs, Meanings and Actions, making possible anthropological investigation of the representations and concrete behaviors associated with disability in old age in the local culture. Two categories relating to the relationships between old age, disability and public healthcare emerged from the analysis: (i) experience of care in old age with disability; and (ii) the fear of lack of care. The results reveal that public health needs to review its concepts about disability in old age and incorporate disability into the agenda of the functional dimension of health and care for old age.*

Key words *Disability, Elderly people, Public health, Qualitative survey, Care*

Resumo *O envelhecimento populacional modifica profundamente o escopo de atuação da saúde coletiva, altera o perfil de morbimortalidade e aumenta a demanda por cuidados crônicos. Na população idosa, a incapacidade serve como indicador de saúde e balizador de ações e políticas. Esta pesquisa de abordagem qualitativa, fundamentada na antropologia interpretativa e na perspectiva êmica, tem por objetivo compreender a forma de pensar e agir dos idosos diante da "velhice com incapacidade" e suas relações com a saúde pública. Foram realizadas entrevistas individuais no domicílio, com roteiro semiestruturado, junto a 57 idosos residentes na cidade, inclusive participantes da coorte de Bambuí. A metodologia de Signos, Significados e Ações orientou a coleta e a análise dos dados, possibilitando a investigação antropológica das representações e comportamentos concretos associados à incapacidade na velhice na cultura local. Emergiram da análise duas categorias acerca das relações entre velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública: experiências de cuidado na velhice com incapacidade; o medo da falta de cuidados. Os resultados revelam que a saúde pública precisa rever seus conceitos sobre incapacidade na velhice e incorporar a dimensão funcional da saúde e o cuidado à velhice com incapacidade na agenda.*

Palavras-chave *Incapacidade, Idoso, Saúde coletiva, Pesquisa qualitativa, Cuidado.*

¹ Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena 2336/5º, Funcionários. 30130007 Belo Horizonte MG Brasil. kcgiacomin@hotmail.com

² Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisa René Rachou, Fiocruz.

Introdução

Memento mori. Com esta saudação que significa: *lembre-se de que você vai morrer*, cada soldado romano partia para a guerra, certo de sua finitude. Essa morte precoce e anunciada há muito foi abandonada, pois a queda da mortalidade em todas as idades e o ganho na expectativa de vida tem permitido que, pela primeira vez na história humana, não apenas indivíduos excepcionais, mas populações inteiras consigam envelhecer^{1,2}.

Este fato repercute na sociedade, nas famílias e nos indivíduos¹⁻⁶, pois modifica radicalmente o perfil de morbimortalidade e das demandas para o sistema público de saúde^{3,7}. No nosso meio, este desafio fica ainda majorado pela desigualdade social e de gênero^{2,3} e pelas diferentes percepções da velhice⁴⁻⁶: as mais positivas⁴ favorecem a autonomia e a reinserção social dos indivíduos idosos. Porém, outras mais negativas⁵ privam-nos de qualquer investimento em sua saúde, enquanto reforçam a imagem da velhice como tempo de exclusão⁶ e a cultura para a qual envelhecer pode ser pior que morrer⁷.

O envelhecimento, a incapacidade e a saúde pública

A saúde pública tenta prever, interpretar e modificar as doenças, a incapacidade e a morte, tendo como funções cardinais: a vigilância, o desenvolvimento de políticas e a garantia de cuidados¹. O envelhecimento populacional modifica profundamente o escopo de atuação dessa política, pois as demandas de saúde da população envelhecida refletem a mudança do perfil de morbimortalidade, com o aumento de situações que necessitam de cuidados crônicos^{1-3,8-10}. Para o contingente idoso, a dimensão funcional da saúde¹⁰ assume função primordial, enquanto a incapacidade serve como indicador e balizador de ações e de políticas desse grupo etário⁸.

Porém, pessoas com incapacidade costumam ter o acesso aos serviços de saúde e a ações de promoção e prevenção mais limitado^{1-3,8,9}. E, apesar de as transições demográfica e epidemiológica pressionarem a saúde pública para incluir o cuidado a tais pessoas na sua agenda, haveria certa lentidão dessa política em fazê-lo¹. Talvez porque a ênfase tradicional da saúde pública em reduzir a mortalidade, a morbidade e a incapacidade poderia levar à inferência de que a ocorrência da incapacidade equivaleria a uma falência na prevenção

das condições associadas na população assistida¹. Outra explicação seria o modelo tradicional de atenção à saúde, o qual equivocadamente reduz a incapacidade a um problema do indivíduo, supondo que cada um deva adaptar suas atividades e expectativas às suas limitações funcionais⁹.

Esta defasagem da saúde coletiva no cuidado - cuidado aqui entendido como parte de um sistema cultural, construído a partir de um contexto social e de experiências pessoais, atravessados por fatores políticos, econômicos, históricos e biológicos¹⁰ - às pessoas com incapacidade¹ prejudica a autonomia e a independência dos sujeitos, reforça o preconceito, a discriminação, a falta de acessibilidade e a carência de políticas governamentais, comprometendo mais a participação social do indivíduo^{8,9} do que as próprias limitações funcionais⁹.

Para enfrentar essa contradição, a Organização Mundial de Saúde publica a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF¹¹, buscando valorizar a funcionalidade e a participação social do indivíduo, e reconhece que, ainda que a experiência do adoecimento seja essencialmente individual, ela depende do contexto¹¹. É relevante avaliar o declínio funcional, bem como tais limitações são vivenciadas pelo indivíduo, a partir dos recursos pessoais e sociais de que o indivíduo dispõe⁹⁻¹², sendo notável o despreparo dos profissionais de saúde para o cuidado a pessoas idosas com incapacidade⁸, o que pode deixá-las ainda mais vulneráveis aos agravos em saúde¹, à exclusão social e à violência¹³.

Além disso, a percepção dos profissionais (que quase sempre orienta a saúde pública) costuma estar associada aos conhecimentos biomédicos, enquanto a percepção da população (que orienta comportamentos) se relacionaria a uma rede de símbolos articulando conceitos biomédicos e culturais¹⁴. É crucial conhecer este fenômeno a partir de diferentes pontos de vistas¹: o epidemiológico ou quantitativo, para falar aos gestores, profissionais de saúde e pagadores de impostos, que somos todos nós¹; o ético, uma vez que, para a sociedade, a presença da incapacidade prenuncia a morte do sujeito⁷, seja ela física ou social; e o subjetivo, fundamental para assegurar voz ao sujeito que vivencia a incapacidade na sua velhice^{4,14}. No presente trabalho, buscou-se compreender a forma de pensar e agir dos idosos diante da condição “velhice com incapacidade” e suas relações com a saúde pública.

Percurso metodológico

O presente trabalho qualitativo fundamenta-se na antropologia interpretativa, que permite uma liberdade autorreflexiva para investigar o envelhecimento e a incapacidade, a partir da perspectiva êmica¹⁴. Nela, a pessoa é convocada a falar sobre a vida e sobre si, mais especificamente sobre suas condições de saúde e sua inserção e interação no campo da saúde. Assim, a interpretação é construída a partir da perspectiva dos entrevistados¹⁵.

A coleta e análise dos dados foi guiada pelo modelo de Signos, Significados e Ações¹⁶ no qual emerge uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura¹⁷. Compreendendo cultura como um universo de símbolos e significados que permite os sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações, a partir de teias de significado que ele mesmo teceu¹⁷. Este modelo¹⁶ parte do comportamento concreto dos indivíduos para reconstruir as lógicas conceituais subjacentes, definidas como “maneiras específicas de pensar e agir”¹⁸.

A presente pesquisa foi conduzida na área urbana da cidade de Bambuí, Minas Gerais, distante 270 km de Belo Horizonte, cuja principal fonte de renda é a exploração produtiva dos recursos naturais, em atividades agrícolas, pecuária e de extração mineral. A população total estimada em 2010 era de 23000 habitantes, incluindo zona rural e urbana¹⁹, da qual um terço em estado de pobreza, elegível para se cadastrar no Programa Bolsa-Família, mas nem todos obtiveram o benefício^{19,20}. Semelhante ao observado no Brasil, desde a metade do século XX, Bambuí experimenta urbanização intensa e envelhecimento acelerado: o contingente da população urbana do município passou de apenas 16%, em 1950, para 85% da população total, em 2010, enquanto sua população idosa quadruplicou entre 1960 e 2010¹⁹.

A rede pública de assistência à saúde²¹ conta com seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Centro de Saúde, uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um hospital da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, um hospital municipal e um Posto Avançado de Estudos da Fiocruz, conveniado com a prefeitura.

Desde 1996, o município abriga o Projeto Bambuí, estudo prospectivo de base populacional, cujo principal objetivo é investigar preditores de mortalidade, hospitalização, e de limitação física e cognitiva em pessoas idosas²². Dados da linha de base do referido projeto dão conta de

que 23% dos idosos entrevistados apresentam algum grau de incapacidade para a realização de atividades básicas da vida diária²³, o que revela a expressiva magnitude desta condição na população idosa⁸.

Para reconstruir o universo de representações e comportamentos^{10,16,18} associados à incapacidade funcional, assegurando a multivocalidade dos participantes, o grupo de entrevistados incluiu pessoas de ambos os sexos, de diversas idades, variados níveis funcionais e residentes em diferentes regiões da cidade. Como quando da realização do estudo, os sobreviventes mais jovens da coorte do Projeto Bambuí já contavam 70 anos ou mais, fez-se necessário selecionar pessoas idosas com menos de 70 anos, residentes na cidade, desde que cadastradas nas seis UBS e assistidas pela ESF.

A identificação de aspectos operacionais de redundância e repetição de dados, fatores teóricos de consistência e representatividade de elementos associados à incapacidade e a qualidade das informações obtidas sobre funcionalidade contribuíram para a decisão de um determinado ponto de saturação amostral¹⁵.

A técnica de pesquisa utilizada na coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, permitindo a ampliação do campo de fala dos idosos participantes¹⁵. Após consentimento livre e esclarecido dos informantes, todas as entrevistas foram realizadas nos domicílios e gravadas. Procurou-se investigar a avaliação da própria saúde e da funcionalidade de cada participante, a partir da descrição do seu cotidiano, tendo como perguntas geradoras: a) Como você acha que está sua saúde? b) Para você, o que é uma saúde boa? E saúde ruim? c) Como é o seu dia a dia, sua rotina? Como é um dia em sua vida? A partir das respostas obtidas, outras perguntas foram feitas de maneira aberta abordando o contexto biopsicossocial, os recursos, o impacto e o significado da incapacidade.

Cada entrevista foi transcrita, lida várias vezes e fragmentada buscando identificar os signos relativos aos temas: saúde, doença e incapacidade e sua relação com a saúde pública. A partir deles, foram identificadas as explicações, ações e reações desencadeadas, bem como o impacto específico de diferentes elementos dos contextos pessoal, social e cultural sobre a construção e a evolução das reações e dos comportamentos^{10,14,16,18}.

Para assegurar o anonimato dos entrevistados, cada um foi identificado pelo sexo (M para mulher ou H para homem) e pelo número de sequência de realização da entrevista.

Aspectos éticos

Esta pesquisa integra um projeto maior intitulado “Abordagem Antropológica da Dinâmica da Funcionalidade em Idosos”, cujo objetivo é explorar a funcionalidade como um componente essencial da saúde da pessoa idosa bem como a sua dinâmica, em termos de fatores pessoais (atitudes, comportamentos, crenças), contextuais (ambiente e recursos), da participação (rede de apoio social) e das condições de saúde. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento, em acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Foram entrevistados 27 homens e 30 mulheres, com idades entre 62 e 96 anos, sendo: 25 viúvos; 24 casados; uma união estável e sete solteiros. A maioria teve filhos e morava com familiares. No universo pesquisado predominavam a religião católica, a baixa escolaridade e a origem rural.

Todos os entrevistados responderam a questões referentes às suas percepções de saúde, sendo possível notar que as pessoas muito idosas vivenciaram mais perdas e situações de mortes ao longo da vida e que mulheres que haviam trabalhado fora de casa apresentavam percepções diferentes daquelas que não o fizeram, no que se refere ao cuidado em saúde, como no relato de uma senhora que trabalhou fora: “É preciso cuidar da saúde desde nova” (M17, 61 anos, casada) e o de uma dona de casa sobre o que fazer para envelhecer bem: “Só Deus” (M4, 81 anos, viúva). Emergiram da análise duas categorias que sintetizaram as relações entre velhice, incapacidade e o cuidado na saúde pública: experiências de cuidado na velhice com incapacidade e o medo da falta de cuidados.

Experiências de cuidado na velhice com incapacidade

Nessa categoria analítica assumem grande importância as vivências difíceis no curso da vida, como descreve esta senhora:

Eu tava nova ainda e a patroa recomendava: ‘cê dá isso, dá aquilo, porque já não serve para comer mais’. Às vezes, era um arroz cheio de pedra, quebrado, às vezes, era gordura que já fritou muito

trem, tava até preto [...], um fubá que tava velho, cheio de bolor. Isso era um pecado porque pobre tem também um sabor na boca [...]. A gente passava perto de açougue via aquelas carnes mais bonita, não podia comprar. Comprava era cabeça de porco. Comprava era barrigada. Agora não, graças a Deus, a gente compra a carne que tem vontade, [...] a gente compra um leite à vontade. Melhorou demais, mas não é só aqui em Bambuí, é em todo lugar. A vida melhorou muito e vai melhorar mais porque agora os filhos que vem mais novo é que vai ver as coisas. Vai ter igualdade. (M24, 86 anos, viúva)

Se, no plano individual, o envelhecimento refilete um processo que implica múltiplas trajetórias de vida, no plano coletivo, ele se constrói sob diferentes influências de ordem sociocultural, tais como: acesso a oportunidades educacionais, adoção de cuidados em saúde, e realização de ações que acompanham o curso da vida e se estendem às fases tardias da vida, como a velhice²⁴. Apesar do ganho progressivo em esperança de vida, as pessoas não envelhecem de acordo com a idade, mas segundo sua origem social e o tipo de atividade exercida ao longo da vida: a relação com o envelhecimento traduz a própria desigualdade social vivida²⁵. Certamente, a única solução ao problema da velhice com incapacidade e dependência seria, a termo, a educação de todos – utopia que não resolveria todos os acidentes da vida, mas conferiria a mais pessoas uma chance efetiva de exercer seu livre arbítrio²⁵ e de envelhecer com dignidade.

Muitos entrevistados migraram da zona rural para a cidade buscando acesso à educação para os filhos; outros para ter acesso a serviços de saúde, como neste relato: *O problema é a idade avançada [...]. A gente ia ficar aqui fazendo o quê? Deus nos livre e guarde! Doente, sem recurso e sem condição? (H36, 84 anos, casado).*

Ancorado na certeza de que a velhice é o destino de todos, um dos participantes faz questão de alertar os mais moços: *Tem novo que acha que não vai descer a rua... quando você tá novo, você não pensa, mas vai também. Pode ter certeza, que vai, vai. Vai embora! (risos) Queira ou não queira ele vai! A idade chega! [...] às vezes quando você é menino você quer ficar moço muito tempo. [...] Ainda assim, quanto mais um ano velho, mais a vida vai embora. (H25, 74 anos, casado)*

Para Canguilhem²⁶: “a saúde é um estado de inconsciência onde o indivíduo é sujeito do seu corpo”. Quando adoece, essa subjetividade vê-se ameaçada e, quando interrogado, o doente apresenta uma leitura particular dos seus problemas e evoca o que a seus olhos é determinante em seu

estado²⁶. No universo pesquisado, como *o problema é a idade*, não se questiona o que determina condições de vida e de saúde tão desiguais. Logo, ainda que nossas sociedades democráticas coloquem a igualdade de condições na vanguarda das suas necessidades, a cultura ocidental assume valores consumistas e individualistas²⁷, baseados na juventude⁵ e na autossuficiência do indivíduo^{13,28}. Assim, a pretensa igualdade sempre retorna no olhar do outro²⁹, revelando a relutância do jovem em se reconhecer no velho que está à sua frente; e uma pessoa saudável hesita ainda mais a se encontrar na pessoa “deficiente”, porque ambos refletem a imagem de fraqueza e de uma enfermidade que interferem com a autoimagem e a autoestima dos envolvidos²⁹. Especialmente as gerações mais jovens têm sido poupadas de sofrimentos e obrigações, como ir a velórios e cerimônias fúnebres, fazer visitas a doentes, participar da velhice, da incapacidade e da morte de pessoas próximas. No plano dos significados, essa falta de socialização do processo de morte e de morrer ameaça a elaboração das relações sociais na velhice⁷, pois, enquanto o imaginário se refugia no cenário narcísico superpotente, a construção simbólica parece enraizada na disjunção entre vida e morte²⁷, como se a morte não fosse o derradeiro destino do homem²⁸.

Porém, quanto mais velhos, mais precisamos de cuidados, mais *a vida vai embora*, mais a morte se aproxima e encontra o homem hodierno sozinho, diante de sua morte e ou daquela de seus próximos^{13,27,28}.

Ressalte-se que o termo “incapacidade”, como descrito pelo saber biomédico³⁰, não apareceu espontaneamente nem foi reconhecido quando apresentado aos participantes, sendo traduzido no signo *não dar conta*³⁰, como explica este entrevistado: *Trabalhar num serviço pesado, eu não dou conta. Andar pra distância longe, eu não dou conta... e a gente vai acabando aos poucos* (H49, 77 anos, solteiro).

Não dar conta modifica a relação com o mundo e com o trabalho e lhes revela a consciência da própria finitude⁷. Esta mulher explica por que preferiria não envelhecer: *Deus quis assim... Eu até falei que não queria ficar velha não, mas tô ficando velha demais. [...] Quando eu era mais nova, eu falava: não quero morrer velha! [...] [Por que a senhora não queria morrer velha?] Ah, dá trabalho! O povo não acha, mas a gente acha.* (M4, 81 anos, viúva). O signo identificado para a necessidade do cuidado de terceiros foi *dar trabalho*³⁰, emergindo nessa fala o medo da alteridade²⁹ e a consciência da própria finitude⁷.

Compreende-se a velhice com incapacidade como uma doença decorrente das condições de vida, de trabalho, da falta de cuidado com a saúde e da repetição de erros, como ilustram estes relatos:

Já fiz muitos exames, já fiz três raio X, não acusa nada e nem vai acusar que isso é velhice. É velhice! E é mesmo, vai juntando aquelas coisas quando a gente é nova e agita muito. Faz muita extravagância. Pega muito peso, molha demais, torra café e sai na chuva, não guarda resguardo [...] Vim sentir agora. (M19, 83 anos, viúva)

Às vezes que eu fui consultar em Belo Horizonte, o médico falou: ‘essas coisas assim é que quando você era novo, você obrigou muito a trabalhar’ (H20, 69 anos, solteiro)

Adoeci [...], um problema muito sério no coração, até que fez os exames, fez o eletro, aí eles falou que o músculo do meu coração cresceu. A gente quando é muito novo faz muita força, então ele cresce. E a gente não tratava. Não sentia nada, como é que vai tratar? (H25, 74 anos, casado)

Já cheguei a ficar dez dias de cama sem dar conta de virar. Aí melhora, a gente esquece e vai fazer coisa errada de novo (M10, 72 anos, casada).

Ou ainda para saldar “dívidas” do passado, como explica esta mulher:

Eu acredito que a gente não vai ficar (dando trabalho), eu não tenho doença assim pra ficar em cima de uma cama, só pra pagar alguma coisa. (M44, 69 anos, desquitada)

Um senhor fala como avalia sua saúde: *Mais ou menos, porque, graças a Deus, ainda tô andando, consigo tomar banho, fazer minha bóia. Ainda não tô caducando* (risos) [...] *Graças a Deus* (H49, 77 anos, solteiro).

Se a saúde é uma graça divina, a incapacidade na velhice é questão de tempo. Na cultura local, fortemente influenciada pela igreja católica, a fé em Deus aparece como refúgio, alento e conforto para pessoas idosas que lidam com doenças e incapacidades³¹. Outro consolo é saber que há alguém em pior situação³², como explica este senhor: *Só tenho que ficar quieto e não mexer com nada. [...] mas sempre tem alguém mais perrengue que a gente.* (H23, 82 anos, casado)

A pressão social exercida pela existência de velhos com incapacidade demanda reflexões da saúde pública sobre sua responsabilidade ética para com eles. Se, na velhice, o cuidado em saúde pressupõe lidar com doenças, realizar exames e fazer acompanhamento periódico com médicos, quando buscam tais cuidados, uma entrevistada reclama da pouca disponibilidade do profissional em escutá-la: [...] *a gente não precisa falar muita*

coisa que eles já tão dando a receita [...] (M55, 86 anos, casada). Outro homem recebe como orientação resignar-se:

Consultei com os médicos aqui, pediu exame, faz o exame, leva lá e não dá nada. [...] Falei: 'Aquilo que o senhor achar que ta comigo, eu quero que o senhor me esclarece, o senhor me conta e eu fico muito satisfeito de saber o quê que é esse problema'. Ele é sistemático. Foi, baixou a cabeça assim e não me disse nada. Só falou comigo assim: 'o senhor não preocupa muito não, çaça um jeito de ficar mais despreocupado, repouso. Isso maior que você sente agora é idade. Essa idade da gente, aparece uma coisinha aqui, aparece outra por lá, o senhor não tem que preocupar, não'. [...] Agora é convencer como que ta, repouso, ficar quietinho e usar os remedinhos. É isso aí (H36, 84 anos, casado).

Uma mulher referindo-se aos seus problemas de saúde explica: *eu não gosto de falar nisso, não. Porque eu fico sendo vigiada (M5, 77 anos, viúva). Enquanto este senhor que luta com várias doenças crônicas desde a infância até os dias atuais, às voltas com um processo de incapacidade insidioso, intermitente, mas progressivo e sem perspectivas de melhora, reconhece:*

Não fico quieto, não. Que ficar quieto a tendência é piorar. Que essas doenças, se eu não fosse acompanhado a vida inteira pela medicina, eu já era pra ter morrido, já era pra ter entevado na cama. [...] Esperança de melhora no futuro, eu não tenho nenhuma. [...] São mais ou menos 50 anos de anti-inflamatório, e começou a afetar os rins. [...] daqui só piora. Só piora. Que vem essa diabetes, veio esse problema que eu tive de infarto [...] com o decorrer dos tempos, eu acredito que dificilmente tem jeito de eu mudar. Tem que seguir mesmo, seguir nesse ritmo de vida que eu tenho seguido há anos, que eu não posso fazer nada. (H43, 62 anos, em união estável)

Este homem se julga *uma pessoa diferente* porque:

Não fico procurando. É igual você pegar um carro, um carro velho. Se você for com ele pro mecânico todo dia, você acha defeito pra ele todo dia. Aí você vai convivendo com um barulhinho, você vai lá, um barulhinho... Porque se você começar levar ele pro mecânico num primeiro barulhinho, aquilo lá às vezes tá tudo bom, você pensa assim: tem um barulhinho aí. Tira esse barulhinho e aparece outro barulhinho (H18, 65 anos, casado)

Ainda assim, esta entrevistada anistia o profissional médico de qualquer responsabilidade: *Os médico é bom, boba, porque a doença mesmo é que não sai (M24, 86 anos, viúva).*

Os resultados do presente trabalho confirmam a impressão de Uchôa et al.⁴ segundo a qual a experiência da doença não pode ser considerada um simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo; mas deve ser concebida como uma construção cultural expressa em “maneiras específicas de pensar e agir”. Trata-se de interpretações subjetivas, os modelos explicativos populares da enfermidade (*illness*) – não *dar conta* –, que diferem dos modelos explicativos profissionais da doença (*disease*) – a incapacidade^{10,18}. Essas interpretações discrepantes entre pacientes e médicos representam um hiato relevante para a compreensão do processo saúde-doença e para a integralidade do cuidado³³. Pessoas leigas constroem as próprias concepções e racionalidades acerca das doenças, baseadas nas suas experiências vividas e no contexto cultural³³ - classe social, crenças culturais, educação, ocupação, filiação religiosa e experiência anterior com a doença e cuidados de saúde¹⁰.

No universo pesquisado, a incapacidade traduzida na expressão *não dou conta* é compreendida como natural (*é da idade*), irreversível (*não tem jeito*) e dolorosa (*tudo dói*)^{30,31}, porém o saber biomédico difundido na cultura local³⁴ percebe o processo velhice-doença-incapacidade como um encargo individual⁹, naturaliza as doenças na velhice^{9,10} e ainda culpabiliza os idosos pela sua condição atual³⁴. Nas falas, os entrevistados repercutem a mesma lógica mecanicista do saber biomédico que vê o corpo humano como uma máquina composta de peças distintas e a doença como a expressão do mau funcionamento de seus elementos¹⁰; admitindo como natural a presença de enfermidades e de limitações na idade avançada^{1,9,34}. Assim, a etnoetiologia^{10,33} de *não dar conta* de fazer as atividades é atribuída à própria velhice; às dívidas morais relativas às extravagâncias da juventude; ao descumprimento das recomendações médicas; ao trabalho excessivo; situações cujos reflexos, com o avançar da idade, limitam o sujeito de trabalhar e de fazer o que gosta.

Quando acontece a improdutiva confrontação dos modelos explicativos populares e profissionais, durante o atendimento individual ou coletivo¹⁰, a medicina “não escuta deste ouvido, ela participa de uma cultura sábia, própria a um grupo restrito”¹², a língua do médico não é aquela da experiência corporal do doente imerso nas atitudes e valores de suas adesões culturais próprias, as quais a cultura médica desconhece, pois participa de outro mundo de valores e de conhecimentos^{13,28,34}. Na velhice, essa diferença é ainda maior, pois revela a profunda relação entre o sa-

ber da certeza da própria fragilidade e finitude que a pessoa idosa experimenta quando vivencia a velhice e a incapacidade no próprio corpo⁷, e, por outro lado, aquilo que Gadamer²⁸ denominou “o impetuoso e urgente não-querer-saber desse tipo de consciência”.

Portanto, o encontro da velhice com a incapacidade se mostra duplamente incapacitante: quem o experimenta vive de forma dolorosa a desigualdade da sua condição social quando comparada à daqueles que não são nem velhos nem dependentes²⁹. Este sofrimento deve-se menos à realidade da deficiência observada nos indivíduos em questão, do que ao estigma projetado sobre eles, pois diante de palavras como “velho”, “dependente”, “deficiente”, a pessoa experimenta uma rejeição inconsciente, em decorrência de uma carga semântica forte e inscrita em uma representação temporal tecida de memórias e medos ancestrais²⁹. A visão de uma pessoa incapacitada por uma deficiência profunda ou de um velho caquético nos é insuportável por ativar em nós os medos ocultos da decadência física e da morte²⁹. Na saúde pública, a imagem de idosos dependentes pode ser difícil de suportar, menos pelos custos sociais e financeiros que impõem¹, do que pelas representações mentais que provocam em quem os assiste – profissionais de saúde mais jovens e funcionalmente independentes.

Para lidar com o fato de *não dar conta*, notam-se comportamentos diferentes: de quem *não fica quieto* porque acredita que a medicina pode ajudar e busca recursos, de quem acha que *são coisas da idade*, portanto, não há o que fazer, exceto *esperar Deus*; de quem prefira não falar para *não ser vigiado* e de quem *não quer saber*. Os mais resignados são também os que professam a crença religiosa³¹, fortemente difundida no universo pesquisado, que consola o sofrimento individual na esperança de uma compensação futura da salvação da alma e do corpo³¹. Porém, a mesma crença reforça a culpa e a descrença das pessoas idosas nos aparelhos públicos existentes, além de contribuir para minimizar a responsabilidade social pelo cuidado³⁵. Enquanto quem busca mais pelos recursos participa do grupo mais esclarecido e com acesso a serviços privados de saúde, inclusive de reabilitação, preferindo pagar porque avalia o cuidado da rede pública como *menos especializado*³⁴. De toda maneira, na agenda da saúde pública local, poucos entrevistados tiveram acesso a reabilitação, não houve registros do apoio formal do serviço de saúde ao cuidado domiciliário e prevalece o modelo tradicional de atenção à saúde que recomenda que as pessoas se

adaptem à incapacidade⁹. Estes resultados apontam para a necessidade de investir em ações pré-, per- e pós-incapacidade, em intervenções de âmbito social^{1,8-11} e intergeracional e na capacitação da rede pública de saúde para o cuidado à pessoa idosa⁸.

O medo da falta de cuidados

Perguntados sobre as perspectivas de futuro, os entrevistados relatam vários medos: de perder as habilidades restantes, da solidão, de morrer sozinho e serem achados *depois de três dias*, da violência que atinge pessoas da sua convivência e os aprisiona em casa, da falta de paciência de quem cuida e ou do apoio da família. Porém, de longe, o temor mais valorizado e que chega a ser maior do que o de morrer relaciona-se a *dar trabalho*³⁰, ou seja, depender de cuidados de outrem. Um estudo realizado na mesma população reconhece uma cultura segundo a qual cuidar de um familiar idoso dependente é uma obrigação “natural” da mulher³⁵. Porém, segundo os entrevistados, não existe a garantia de ser bem cuidado na família, como pode ser notado nestas falas:

[...] *uma comparação: numa família tem gente de muito tipo. Um faz aquilo com carinho, com amor, outro já faz aquilo contrariado e às vezes fica com vergonha de ver os outros fazer e ele não fazer nada. É onde eu peço a Deus, pra Deus me tirar de uma hora pra outra, sem ser preciso ir pra cama, dar trabalho aos outros, agradeço demais.* (H36, 84 anos, casado)

Quando dá derrame e não morre, perde uma parte do corpo, aí não dá conta de andar mais, vai pra cadeira de rodas, fica na mão dos outros. [...] É muito triste! Coitada daquela pessoa que tá ali... Às vezes perde a fala, não pode nem falar mais com aquela pessoa que tá cuidando. [...] Tanta gente perde a paciência! (M4, 81 anos, viúva)

Ele (o filho) falou assim: ‘Mãe, a senhora vai gritar essa noite?’ - caçoando de mim. Eu falei: ‘Ó filho da p... quando eu te criei, eu não perguntei se você ia calar não, olhei você a noite inteira’. Ah, mas quando a dor é forte, os vizinhos não dorme, às vezes eles vem e me levam na policlínica (M2, 69 anos, casada)

O presente estudo revela que, na falta de recursos formais, a pessoa idosa apela para a comunidade, que acode inclusive pessoas que têm famílias, mas não podem contar com elas. Possivelmente isso reflita as mudanças nos arranjos familiares², com a nuclearização das famílias e o trabalho das mulheres fora de casa. Contudo, para Hareven⁶, a própria transformação e a rede-

finição das funções e valores da família moderna levaram ao estabelecimento de fronteiras mais estritas entre família e comunidade e à transferência das funções de bem-estar, outrora concentradas na família, para instituições. Nas sociedades industrializadas, o cuidado que era considerado como parte da obrigação das famílias gradualmente foi sendo transferido para instituições especializadas. Assim, a família deixou de ser a única fonte disponível de apoio a seus membros dependentes e a comunidade deixou de apoiar-se na família como principal agência de bem-estar e controle social⁶.

Porém, no presente trabalho, a mulher que cuida dos filhos, do cônjuge, dos pais, não tem garantia de ser cuidada por sua família: são os vizinhos que vêm em seu socorro, o que alerta para o “risco de extinção” da figura tradicional de cuidadora (esposa responsável pelas tarefas domésticas e pelo cuidado de crianças, idosos e enfermos, ou filha solteira que não teve ocupação prévia), inclusive em uma cidade do interior.

Tudo isso reforça a importância da efetivação de políticas de cuidados de longa duração no Brasil², pois, apesar de um vasto arcabouço legal que assegura apoio ao cuidador e à pessoa idosa que necessita de cuidados^{8,36}, a necessidade e a responsabilidade pela sistematização do cuidado domiciliário permanecem largamente insuficientes³⁵. Talvez porque vivamos uma época da responsabilidade anônima, como afirma Gadamer²⁸, em que não se pode denominar quem é o responsável e perante quem se é responsável, pois nenhum de nós o é²⁸.

Conclusão

Parafrazeando Simone de Beauvoir³⁷, os resultados do presente trabalho demonstram que não somos mortais ao nascer, aprendemos a sê-lo no decorrer do caminho, em diferentes experiências de vida, de perdas, de mortes. A imagem da pseudoautossuficiência de uma pessoa que tudo pode conflita com a perspectiva de vir a precisar de cuidados em atividades cotidianas. Se a saúde é valor, a doença é culpa. Se a juventude é valor, a velhice é desvalor, e envelhecer com incapacidade, como imagem da proximidade da inexorável finitude, torna-se indesejável, feio, tosco, insuportável, desprezível.

Envelhecer, *dando ou não conta*, é prova de ter sobrevivido apesar das condições insalubres na vida e no trabalho, da falta de cuidados preventivos ao longo da vida, das doenças crônicas

que limitam, de cuidados em saúde que ajudam e de cuidados que atrapalham e do medo de um futuro mais difícil pela falta de cuidados. Porém, ninguém questiona o que determina essa condição de saúde na velhice. Em suas maneiras de lidar com a incapacidade, para aliviar o duplo sofrimento – da culpabilização e da falta de recursos –, resta-lhes *não querer saber, não pensar, não falar sobre isso*, resistir aos cuidados gentis que reforçam a dependência presente e futura ou se convencer disso, *ficar quietinho e usar os remédios e esperar Deus*.

Porém, nem tudo é *por causa da idade*: caso a pessoa idosa passe a *não dar conta* das atividades de rotina, o efetivo acesso à reabilitação pode evitar ou postergar que ela venha a *dar trabalho*. Por isso, reconhecendo a relevância da dimensão funcional da saúde na velhice, a saúde pública, em todos os níveis de gestão (municípios, estados e federação), deve rever seus conceitos sobre a interação saúde-envelhecimento-incapacidade. A compreensão da incapacidade na velhice como algo natural e irreversível e a falta de políticas públicas de cuidado pelo Estado brasileiro contribuem para a ideia de que nada pode ser feito e impede que recursos como o NASF – criado com o intuito de assegurar a integralidade do cuidado e a reabilitação das condições de saúde, de uma maneira interdisciplinar, mais resolutiva e integrada à atenção primária – sejam aproveitados. Para isso, os profissionais de saúde precisam ser capacitados em habilidades que valorizem a pessoa ao longo de todo o curso da vida, inclusive quando estiver velha, eventualmente com alguma incapacidade, e, inexoravelmente, cada vez mais perto do fim da vida.

Colaboradores

KC Giacomin e JOA Firmo participaram de todas as etapas do trabalho.

Agradecimentos

Agradecemos à FAPEMIG pelo apoio financeiro e ao CNPq (bolsa de produtividade).

Referências

- Lollar DJ, Crews JE. Redefining the Role of Public Health in Disability. *Annu. Rev. Public Health* 2003; 24:195-208.
- Camarano À, Mello JL. Introdução. In: Camarano AA, organizador. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea; 2010. p. 13-37.
- Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saude Publica* 2012; 46(Supl. 1):100-107.
- Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior. CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 25-35.
- Debert GG. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. *Horiz. antropol.* 2010; 16(34):49-70.
- Hareven TK. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida. *Cadernos Pagu* 1999; (13):11-35.
- Giacomin KC, Santos WJ, Firmo JOA. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. *Cien Saude Colet* 2013; 18(9):2487-2496.
- Brasil. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 20 out.
- Dubuc N, Hébert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: The Iso-SMAF profiles. *Arch Gerontol Geriatrics* 2006; 42(2):191-206.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Ann Intern Med* 1978; 88(2):251-258.
- Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família de Classificações Internacionais. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Edusp; 2003.
- Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saude Publica* 2009; 25(3):475-483.
- Le Breton D. *Antropologia do Corpo e Modernidade*. Petrópolis: Vozes; 2011.
- Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cad Saude Publica* 1994; 10(4):497-504.
- Turato ER. Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: Definições e seus Objetos de Pesquisa. *Rev Saude Publica* 2005; 39(3):507-514.
- Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine* 1992; 24:183-204.
- Geertz C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Livro Técnico e Científicos Editora; 1989.
- Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Corin E. An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(Supl. 3):S370-S377.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados gerais e informações estatísticas da cidade de Bambuí. [acessado 2013 out 4]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- Rios DFF, Pinto NMA, Loreto MDS, Fiúza ALC. O programa bolsa-família em um contexto de cidades rurais: o caso de Bambuí, MG. *Oikos Viçosa* 2011; 22(2):150-170.
- Prefeitura Municipal de Bambuí. Dados da História da Cidade. [acessado 2011 out 4]. Disponível em: <http://www.bambui.mg.gov.br/>
- Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. Cohort Profile: The Bambuí (Brazil) Cohort Study of Ageing. *Int. J. Epidemiol* 2011; 40(4):862-867.
- Giacomin KC, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):80-91.
- Lima AMM, Silva HS, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface (Botucatu)* 2008; 12(27):795-807.
- Augé M. *Une ethnologie de soi: le temps sans âge*. Paris: Seuil; 2014.
- Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
- Le Breton D, Ragé T. Mort et construction identitaire des jeunes. In: Agora - Débats/Jeunesses, 34, 2003. Les jeunes face à la mort. pp. 14-20. [acessado 2013 mar 16]. Disponível em: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/agora_1268-5666_2003_num_34_1_2132
- Gadamer H-G. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.
- Mattéi J-F. La dignité de la vieillesse et du handicap. In: Yves J, editeur. *Vieillir handicapé*. Paris: ERES; 2011. Connaissances de la diversité. p. 169-181.
- Pereira JK, Giacomin KC, Firmo JOA. Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3375-3384.
- Santos WJ, Giacomin KC, Pereira JK, Firmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. *Cien Saude Colet* 2013; 28(8):2319-2328.
- Caradec V. Sexagenários e octogenários diante do envelhecimento do corpo. In: Goldenberg M, organizador. *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011. p. 21-44.
- Calvasina PG, Nations MK, Jorge MSB, Sampaio HSA. "Fraqueza de nasença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):371-380.

34. Moraes GVO. Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade [dissertação]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou; 2012.
35. Giacomin KC, Uchôa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saude Publica* 2005; 21(5):1509-1518.
36. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
37. Beauvoir S. *O Segundo Sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980.

Artigo apresentado em 14/08/2014

Aprovado em 01/12/2014

Versão final apresentada em 03/12/2014