

CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA SEGUNDO A ÓPTICA DOS IDOSOS DE BAIXA RENDA*

HEALTH-DISEASE CONCEPTS ACCORDING TO LOW INCOME AGED PEOPLE'S PERSPECTIVES

CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LA OPTICA DE ANCIANOS DE BAJOS INGRESOS

MARIA JOSEFINA DA SILVA** e MARIA ELIANA PEIXOTO BESSA***

RESUMO

Este estudo objetivou analisar os conceitos de saúde e doença dos idosos de baixa renda. É um exploratório-descritivo qualitativo focalizando 50 idosos em domicílio. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro, abordando os dados sociodemográficos e concepções sobre o que é saúde e doença. Observou-se que os conceitos de saúde relacionam-se com os seguintes aspectos: ausência de doenças, bem estar social e emocional, capacidade de realizar as atividades de vida diária e trabalhar e condições sócio-sanitárias. Os conceitos de doença relacionam-se com aspectos subjetivos, ausência de saúde, problemas sociais, sintomas físicos e ausência de cuidados. Verificou-se que o processo saúde-doença está relacionado aos contextos cultural, social e de vida dos idosos, bem como conhecimentos que vão adquirindo pelo contato informações sobre saúde. As concepções de saúde orientam a busca de ajuda profissional evidenciando a importância da compreensão destas por parte dos profissionais de saúde que lidam com idosos.

Palavras chaves: Saúde do idoso, processo saúde-doença, fatores culturais, pobreza.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the concepts of health and illness of elders with low income. It is a qualitative exploratory-descriptive study focusing 50 elders in their residence. The data had been collected using a structured interview with script, approaching the sociodemographics data and health and illness conceptions. It was observed that the health concepts are related with the following aspects: absence of illnesses, state and emotional wellness, capacity to carry through the activities of daily life and to work besides partner-sanitary conditions. The illness concepts are related with subjective aspects, absence of health, social problems, physical symptoms and carelessness. It was verified that the health-illness process is related to the cultural and social context; life of the elders, and the knowledge they acquire through contact they have with health professionals. The conceptions of health guide the search of professional aid highlighting the importance of these concepts as part of the knowledge of those ones who deal with the elders.

Keywords: Aging health, health-disease process, cultural factors, poverty.

* Este artigo é parte integrante do projeto de pesquisa "O Idoso dependente e o universo do cuidado domiciliar", financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

** Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua. Gal. Silva Junior, Nº 855, Aptº. 206, Bairro de Fátima, Cep.60411-200. E-mail: mjosefina@terra.com.br

*** Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Enfermeira do Programa de Saúde da Família do Município de Pindoretama, Ceará, Brasil. Endereço: Rua Graciliano Ramos, Nº 331, Bairro de Fátima, Cep. 60415-050. E-mail: elianabessa@hotmail.com

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar los conceptos de salud y enfermedad de los ancianos de bajos ingresos. Es un estudio exploratorio-descriptivo cualitativo en 50 ancianos en su domicilio. Los datos fueron recolectados por medio de una entrevista, abordando los datos sociodemográficos y concepciones sobre lo que es salud y enfermedad. Se observó que los conceptos de salud se relacionan con los siguientes aspectos: ausencia de enfermedades, bienestar social y emocional, capacidad de realizar las actividades de vida diaria y trabajar y condiciones socio-sanitarias. Los conceptos de enfermedad se relacionan con aspectos subjetivos, ausencia de salud, problemas sociales, síntomas físicos y ausencia de cuidados. Se verificó que el proceso salud-enfermedad está relacionado con los contextos cultural, social y de vida de los ancianos, así como conocimientos que van adquiriendo por el contacto con informaciones sobre salud. Las concepciones de salud orientan la búsqueda de ayuda profesional evidenciando la importancia de la comprensión de éstas por parte de los profesionales de salud que trabajan con ancianos.

Palabras claves: Salud del anciano, proceso salud-enfermedad, factores culturales, bajos ingresos.

Fecha recepción: 26.10.05. Fecha aceptación: 28.04.08.

INTRODUÇÃO

A preocupação atual com a população idosa surge pela constatação de que uma das maiores conquistas sociais do século XX foi o aumento da longevidade. Esse fenômeno se configura como uma verdadeira revolução no curso de vida das pessoas, redefinindo relações de gênero, arranjos e responsabilidades familiares, bem como alterando o perfil das políticas públicas.

O aumento percentual do número de idosos na população geral e o decréscimo da proporção de crianças e jovens configuram-se como envelhecimento populacional. Envelhecimento é o processo de progressivas mudanças no âmbito biológico, psicológico e na estrutura social e individual. É um longo processo que se inicia antes do nascimento e se prolonga no decorrer da vida (Stein & Moritz, 1999). No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (IBGE/PNAD, 2004) o percentual que assume esta característica, é de 9,7% e no Estado do Ceará é de 9,5% (Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará [IPLANCE], 2004).

No caso do Brasil, à semelhança de outros países latino-americanos, o envelhecimento populacional ocorreu devido à mudança no

perfil de mortalidade, predominando as doenças crônicas com conseqüente aumento dos custos com tratamento, hospitalização e reabilitação.

A população idosa acarreta mais gastos públicos, devido aos agravos à saúde serem crônicos e múltiplos, além de perdurem por anos, requerendo pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares. Exigindo, portanto, o máximo de tecnologia produzida pelo complexo médico industrial. Um dos componentes relevantes na avaliação do processo de envelhecimento é o estilo de vida da pessoa que envelhece.

Estilo de vida pode ser entendido como a forma como as pessoas vivem e as escolhas que fazem. Falar em estilos de vida é o mesmo que falar em como o sujeito se relaciona com ele mesmo, com os outros e com a natureza. Representa um padrão de vida que se manifesta em atividades, interesse, opiniões e que retrata a pessoa em sua completude, interagindo com seu meio circundante. Os hábitos mais importantes estão relacionados com a alimentação, trabalho, exercícios, sexualidade, sono e repouso, lazer, uso de medicamentos, bebidas alcoólicas e fumo, atividade mental, social e espiritual, dentre outros (Stein & Moritz, 1999).

O envelhecimento ativo está intimamente

ligado ao estilo de vida assim como os conceitos de saúde e de doença. Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. De acordo com o capítulo II da lei 8.842/94 que institui a Política nacional do Idoso, destaca-se como princípios e diretrizes a garantia dos direitos de cidadania do idoso, que deve ser assegurada pela família, pela sociedade e pelo Estado, defendendo a dignidade, o bem estar e o direito a vida (Brasil, 1994).

O idoso, na nossa realidade de trabalho em enfermagem na atenção básica de saúde em áreas periférica da capital do Estado, encontra-se em um contexto familiar empobrecido, com poucos recursos e com padrões culturais que divergem daqueles que governavam o cotidiano do idoso na sua juventude; onde as responsabilidades filiais para com os pais eram compreendidas como parte das obrigações familiares. Havia a segurança de ser cuidado na velhice pelos filhos ou netos como simples decorrência dos laços familiares. Estes padrões culturais se modificaram e, de um modo geral, de forma desfavorável para o idoso. As famílias são pequenas, os filhos saem de casa e se distanciam do lugar de origem em busca de uma formação profissional que possibilite melhor acesso ao mercado de trabalho. Nas capitais, para onde migraram idosos e família, os costumes distanciam as gerações, fazendo com que os idosos passem a cuidar de si mesmos e, frequentemente, dos netos ou mesmo assumindo as tarefas domésticas de modo a liberar os filhos para o trabalho.

Assim, a preocupação com a saúde pode ficar em um segundo plano frente às demandas que a família ainda põe sobre o idoso. Esta preocupação, sentida no nosso cotidiano assistencial, nos remeteu às preocupações que geraram este estudo. A questão era: Qual o significado de saúde e doença para o idoso em seu contexto de vida?

Deparamo-nos com idosos que residem

sozinhos ou com famílias que têm pouca ou nenhuma condição de promover o cuidado com a saúde deste e, por outro lado, o sistema de saúde não é capaz de dar conta das demandas, cada vez maiores, deste grupo etário. Portanto, promover o empoderamento deste quanto ao seu cuidado com a saúde é de relevância para sua qualidade de vida.

Saúde e doença são conceitos polissêmicos. Cada etapa da vida, contextos sociais e bagagem cultural provocam olhares e percepções diversas. O idoso, por apresentar múltiplos problemas decorrentes do processo de envelhecimento, apresenta peculiaridades no que entende por saúde/doença. A avaliação dos problemas de saúde no âmbito da gravidade e relevância está mais afeto a capacidade de enfrentamento destes que do problema em si (Uchoa, Firmo & Lima-Costa, 2002).

Assim, para o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, cujas competências incluem educação em saúde e promoção da saúde do idoso, é necessário ter conhecimento do universo cultural dos idosos e das suas concepções sobre os eventos do seu cotidiano, dentre eles o adoecimento. Dessa forma o objetivo deste estudo é compreender o sentido de saúde e doença dos idosos de baixa renda, pela importância que estas concepções adquirem no autocuidado ou na busca dos serviços de saúde em agravos e doenças neste grupo.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo se apresenta como exploratório, pois tem como finalidade descortinar o tema, aglutinar informações gerais acerca do objeto de estudo. Ao mesmo tempo, busca apreender os elementos constituintes do objeto, esclarecendo o que é, do que se compõe sua localização no tempo e espaço, configurando-se, também, como descritivo (Rodrigues, 2007).

O estudo foi desenvolvido junto aos idosos residentes no Bairro do Planalto Pici lo-

calizado em área periférica da cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, Nordeste do Brasil. A área faz parte da Secretaria Executiva Regional III (SER III), segundo divisão administrativa da cidade. No bairro, está localizado o Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM) da Universidade Federal do Ceará onde o Curso de Enfermagem realiza atividades de prática curricular e duas docentes coordenam um grupo de idosos intitulado Grupo Vida: adaptação bem sucedida e envelhecimento feliz.

A população de idosos é de 1990 (IPLAN-CE, 2004), compreendendo 5,29% da população total do bairro. Os participantes da pesquisa foram 50 idosos. A coleta de dados deu-se, inicialmente, junto a onze (11) idosos participantes do Grupo Vida. Estes, em sistema de rede, indicaram os 39 idosos restantes que compõem os sujeitos da pesquisa. Esta técnica de coleta de dados é útil quando não se consegue chegar à população de estudo com facilidade. A coleta de dados foi encerrada quando os conteúdos das falas se tornaram repetitivos, uma vez que nos interessa não o quanto de repetição, mas as variadas dimensões do evento em foco.

Foram realizadas entrevistas abertas com as seguintes questões: o que é saúde e o que é doença, além dos dados sociodemográficos dos idosos. A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2003 a janeiro de 2004, por duas acadêmicas de enfermagem, sendo uma bolsista do Programa de Iniciação à Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq) e uma aluna voluntária do projeto. Os dados foram organizados por categorias: os numéricos, em tabelas e analisados por meio de estatística descritiva. As falas foram analisadas buscando o sentido dos discursos dos idosos participantes no contexto de vida de cada um, sendo organizadas de acordo com as categorias emergidas.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do

Ceará de acordo com os preceitos da Portaria 196/96 do Ministério da Saúde que regulamenta a ética na pesquisa com seres humanos. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O conjunto dos idosos participantes da pesquisa tinha o seguinte perfil sociodemográfico: predominantemente mulheres na faixa etária entre 60 e 70 anos; a maioria originária do interior do Estado; alfabetizados, o que significa saber escrever o próprio nome; muitos viúvos, chamando a atenção para o alto percentual de mulheres nesta condição; renda pessoal originária da aposentadoria, em torno de um salário mínimo (aproximadamente 100 dólares americanos); metade deles morando com filhos e parentes, sem o cônjuge; com famílias de até 4 membros; com renda familiar de até 2 salários mínimos, demonstrando a importância da renda do idoso para a composição da renda familiar.

Quanto às percepções dos idosos sobre saúde-doença, os discursos indicam vários sentidos: saúde como ausência de doença; como bem-estar social e espiritual; autonomia para viver o cotidiano; condições socio-sanitárias. Doença, segundo os discursos, assume os sentidos de algo subjetivo; como ausência de saúde e relacionado com problemas sociais; e com a presença de sintomas físicos.

Definir saúde é uma tarefa muito difícil, pois não se trata somente de uma parte do conhecimento científico adquirido, não é um objeto, uma parte ou função do corpo; saúde é, sobretudo, um estado de ser, que cada pessoa define em relação aos seus próprios valores, um processo adaptativo que não se declara, assumindo um caráter oculto: [...] “a doença, e não a saúde, é o auto-objetivante” (Gadamer, 2006, p. 117). Doença, na contemporaneidade, assume a perspectiva biocultural (Galda & Berganasco, 2004). A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifes-

ta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra (Czeresnia, 2003).

Concepções de Saúde e Doença

O conceito de saúde torna-se um fator vivo no sentido de que ele forma a base do julgamento de saúde das pessoas[...] (Nordenfelt, 2000, p. 157).

Nesta sessão apresentamos os discursos sobre saúde. Perguntamos aos idosos “o que é ter saúde” e encontramos diversos sentidos: Saúde como ausência de doença; *“me sinto com saúde quando não estou doente”*; como bem-estar social e espiritual: *“dada por Deus, é ter felicidade”* (EOC); *“é uma das coisas melhores, saúde e paz”* (SMS); *“é a gente viver a vida alegre, ter físico sadio”* (POS); *“é viver bem em uma casa boa, padrão de vida razoável, alimentação e saneamento bom* (JAR)”; saúde como autonomia para administrar o cotidiano: *“É ter trabalho”* (ELS); *“É a gente ter saúde para trabalhar”* (MN); *“É importante, consegue fazer as coisas, trabalhar”* (AAP); saúde dependente das condições sócio-sanitárias: *“Ter saúde parte da higiene, se tem higiene tem saúde”* (MUA); *“é ter cuidados médicos, alimentação”* (LSS); *“... ser alimentar bem... dormir bem”* (MOA); *“alimentação boa, sono bom, poder caminhar”* (RFSR); *“é limpeza..., se tratar”* (MSM).

Quando a referência é doença, os sentidos emitidos nas falas foram: doença com algo subjetivo: *“não gosto nem de pensar, quando fico doente só falta morrer”* (EOC); *“é horrível, não tem alegria na vida”* (SMS); *“é um sentimento ruim”* (MUA); *“é sofrimento”* (TCM); relaciona-se com a ausência de saúde: *“a doença é a falta de saúde”*; relaciona-se com os problemas sociais: *“morar em lugar sem condição de vida, pobreza, sem se alimentar, ter vícios”*(JAR); *“não poder trabalhar, não viver bem, é a morte”*(MSM); doença como a pre-

sença de sintomas físicos: *“é dor nas costas, é estar cego”* (EOC); *“é a invalidez”* (RFSR); *“é os meu problema, de vida, de próstata, é ser incapaz de fazer minhas atividades”* (MAO).

O conceito da Organização Mundial de Saúde de que saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doenças é hoje questionado. É uma concepção finalística que se apóia em uma perfeição inatingível, distingue soma, psique e sociedade e não deixa claro o que é bem-estar, que pode significar múltiplas e contraditórias significações (Badéia, 1984; Serger & Ferraz, 1997).

A atitude pessoal em relação à saúde envolve muito mais do que a ausência de doenças, de incapacidades ou da qualificação de um pensamento científico muito difundido nos dias atuais. O misterioso, o inexplicável ou o indizível complementam as concepções que orientam a tomada de decisões quanto às questões de saúde (Cezersnia, 2003). Esta compreensão da multifatorialidade e complexidade do que significa saúde e doença deve ser buscada pelos profissionais para a abordagem do seu cliente, o que vale dizer: saúde/doença como conceitos culturais e heterogêneos e como experiência individual decorrentes de vários fatores que vão além dos processos biológicos (Langdon, 2005).

Saúde como ausência de doença se configura como uma concepção lógico-formal, a qual é tomada aqui como estado absoluto, como ausência de doença, e como situação estática e ideal (Badéia, 1984). Saúde, no senso comum, é mais uma questão prática que uma construção teórica. Além disso, é pragmática, pois é um conhecimento que contribui para execução da cotidianidade (Albaracín, 2002).

A relação saúde e condições sócio-sanitárias se assemelha ao conceito social de saúde, segundo o qual saúde/doença são projeções sociais, cujos processos resultam das relações vitais de produção material dessa sociedade, que determinam as formas de estar-no-mundo (Badéia, 1984; Canesqui, 2003). O “cuida-

do de si” como uma forma de administrar a própria vida, pode ser considerado uma ética, uma ciência da condição da própria vida numa perspectiva filosófica (Gallo, 2006).

A saúde como capacidade para trabalhar é a concepção vulgar de saúde, ou seja, voltada para a funcionalidade do corpo. O idoso, ao se deparar com as limitações físicas provocadas pelas alterações fisiológicas e também com o fato de estar aposentado, acaba se sentindo uma pessoa “inútil”. A situação de renda na qual se encontra o obriga a continuar trabalhando como forma de complementar a renda familiar, conforme vimos no perfil socio-demográfico dos sujeitos deste estudo. Ele ainda é o aporte financeiro importante da família. Saúde é um fator de produtividade e uma necessidade para o trabalho e o desenvolvimento. Assim, a saúde torna-se um meio de regularização da produção, utilizada tanto em economia de mercado. Num país ainda com problemas de saúde, de educação, de previdência e de assistência social não equacionados, o quadro é desolador para os pobres. Mais ainda para os idosos pobres (Goldman, 2005). O benefício previdenciário é um componente bastante representativo da renda total familiar, mesmo para os idosos residentes em famílias situadas nas faixas superiores de rendimentos (Camarano, 2001). Este não é um fenômeno nacional. Na França, 60% da riqueza nacional está nas mãos de pessoas acima de 50 anos (Peixoto & Clavairolle, 2005).

A capacidade funcional de atender às denominadas necessidades básicas diárias pela realização das atividades de vida diária (AVDs), se assemelha à concepção vulgar de saúde na qual está representada a capacidade de “tocar a vida”. Autonomia e velhice saudável estão intimamente relacionadas. Ser velho (incapaz) ou idoso (ciclo vital) é demarcado pela capacidade de gerir seu próprio cotidiano (Silva, 2001). A saúde

[...] se revela num tipo de bem-estar, e ainda mais, quando nos mostramos dispostos a empreendimentos, aberto ao conhecimen-

to, podemos nos auto-esquecer [...] quando quase não sentimos mesmo fadigas e esforços isso é saúde (Gadamer, 2006, p. 118).

A concepção de saúde com o bem-estar emocional e espiritual remete ao âmbito ontológico, à essência do ser. Resulta da satisfação interior, da paz resultante da resolubilidade das intercorrências cotidianas e da satisfação íntima de ser quem se é. No entanto, saúde, no seu sentido mais abrangente, é um estado dinâmico no qual o indivíduo se adapta às mudanças do ambiente interno (variáveis genéticas, fisiológicas, psicológicas, intelectuais e espirituais) e externos (físicas, sociais e econômicos), para manter-se bem e adaptado. Pode ser considerada como uma questão filosófica (Albarracín, 2002), pois o fenômeno da saúde não pode ser contabilizado e nem condicionado. É algo que faz parte da existência humana e é vivenciado silenciosamente, manifestando-se apenas com a dor e com sofrimento, características da doença.

O que observamos no cotidiano durante o contato com o idoso, seja na participação em grupos ou nas visitas domiciliares, é que a saúde não está vinculada diretamente a não-doença, mas à autonomia. A doença, quando presente, se compensada, é considerada saúde. É essa concepção que o idoso denuncia entre ser idoso e ser velho (dependente), mesmo com a presença de agravos e doenças.

Em relação à outra questão abordada no estudo, quais sejam as concepções de doença expostas pelos idosos sujeitos da pesquisa, estas são expressas não se constituindo somente nas alterações corporais, mesmo que muitas vezes se iniciem com a presença de evidências físicas, somáticas. Trata-se de um estado anormal no qual as funções físicas, intelectuais, emocionais, socioculturais ou espirituais estão diminuídas. De acordo com Galda & Berganasco (2004), a doença diz mais que a saúde por aquela ser uma manifestação. A quebra do silêncio dos órgãos é a expressão do corpo na busca do auxílio.

Temos aqui uma distinção entre três con-

ceitos: doença (*illness*), que é a perspectiva da pessoa, o significado que o doente confere ao que ele sente, enfermidade (*disease*), significando que o órgão afetado tem, e o de *sickness* entendida como uma desordem, num sentido genérico, em relação às forças macrosociais (Helman, 2003; Silva, 2001).

A doença também está dimensionada no tempo da história, dentro de um caráter filogenético, e conta o caráter ontogênico (de sua fisiopatologia) representada pelo tempo orgânico (na sua evolução) (Badéia, 1984). Assim podemos afirmar que as pessoas não são doentes, mas estão doentes, uma vez que há uma causalidade social primitiva, dinâmica e mutável, segundo as épocas históricas, que torna a doença necessariamente não repetitiva e a saúde uma condição refletida na adequação social de vida.

O enfoque social da doença nos conduz às seguintes conclusões: 1) a saúde e a doença se refletem no modo de vida do indivíduo; 2) distribuem-se como estratos populacionais; 3) a doença, por si mesma, não é repetitiva no tempo, pois é projetada a partir das relações da sociedade com a natureza e, assim como os homens, mudam segundo o modo como produzem ou constroem a sua vida, ou seja, cada época vai refletir certa nosologia característica das relações sociais existentes, como fenômeno social e histórico, não apenas individual, em nível biológico; e, 4) cada época vai refletir, por seu turno, ações sobre as doenças ou ações de saúde conforme a política em vigor, ou seja, a prática médica ou odontológica se diferencia ou assume uma característica típica em relação a cada época histórica, dicotomizada, segundo as categorias sociais nos tempos antigos e modernos (mas é a mesma, segundo sua natureza) (Silva, 2001).

Um sentido atribuído pelos participantes à doença está relacionado com os sintomas físicos, isto é, o indivíduo se percebe doente quando sente algo. Pela sua concretude e por ter um significado cultural, a doença não é só um evento biológico, mas uma experiência individual que encontra eco na experiência

coletiva, entre indivíduos, grupos e instituições (Alves & Rabelo, 1999). É carregada de linguagens, de simbologias, define papéis, altera estruturas culturais e familiares.

Para o idoso entrevistado, estar doente altera sua estrutura familiar de forma significativa. Ele passa a se sentir como um “*peso*”, uma situação que o constrange e, reciprocamente, constrange também a família.

É o momento também em que o idoso pode perder sua autonomia, por vezes de forma definitiva mesmo que sua doença não o seja. Quando um entrevistado se refere à doença como “*um sentimento ruim*” expressa o espectro da dependência, do medo da perda de status que até então o idoso possuía.

COMENTÁRIOS FINAIS

Definir saúde é uma tarefa muito difícil, pois não se trata somente de uma parte do conhecimento científico, já que saúde é um estado de ser, que cada pessoa define em relações aos seus próprios valores. Através dos discursos emitidos pelos participantes do estudo, podemos perceber que saúde e doença são conceitos polissêmicos, dependente do contexto cultural e social do idoso. Eles emitem sentidos de ausência de doença, e doença ausência de saúde, numa visão lógico-formal. Por outro lado, a saúde-doença está relacionada aos eventos cotidianos, como poder ou não trabalhar, sentir-se disposto, fazer “as coisas”. A subjetividade emerge no discurso de sentir-se bem, de ser algo bom, dádiva divina ou, seu oposto, quando a doença emerge. Dessa forma, podemos perceber que doença não se constitui somente nas alterações corporais, mas também diz respeito a um estado anormal, no qual as funções físicas, intelectuais, emocionais, socioculturais ou espirituais estão diminuídas.

Por meio deste estudo verificou-se o quanto o processo saúde-doença está interligado com os aspectos culturais de cada indivíduo.

Instrumentalizar a enfermagem e os ou-

tros profissionais de saúde com estes conhecimentos podem contribuir para a elaboração de estratégias de intervenções mais próximas ao universo cultural, social e emocional dos idosos que convivem com a pobreza e com as dificuldades materiais para solucionar seus problemas de saúde.

A partir desses resultados, a discussão de como intervir junto ao idoso deve considerar o que ele compreende como saúde e doença, de modo a alcançar resolubilidade e cooperação para o cuidado institucional e autocuidado, finalidade da intervenção de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Albarracín, D.G.E. (2002) *Saúde e doença na enfermagem: entre o senso comum e o bom senso*. Goiania: AB Editora.
- Alves, P.C.B & Rabelo, M.C.M. (1999) Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In. Rabelo, M.C.M. & Alves, P.C.B. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 171-186.
- Badéia, M. (1984). *Pontos de Epidemiologia*. Belo Horizonte: Ed. Licera Maciel Ltda. O conceito de Saúde e ideologia da saúde. Capítulo 8, pp. 147-166.
- Brasil. (1994). Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 5 de janeiro de 1994, seção 1.
- Camarano, A.A. (2001). O idoso brasileiro no mercado de trabalho. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; IPEA. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. Texto pra discussão Nº 830.
- Canesqui, A.M. (2003). Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência & Saúde coletiva* 8(1), 109-124.
- Czeresnia, D. (2003). O Conceito de saúde e a diferença sobre prevenção e promoção. In. Czeresnia, D & Freitas, C.M. *Promoção da saúde. Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 39-54.
- Gadamer, H.G. (2006). Sobre o caráter oculto da saúde. In. Gadamer, HG. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis (RJ): Vozes, pp. 109-121.
- Galda, D.M.R. & Berganasco, R.B. (2004). *Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença*. São Paulo: Ícone.
- Gallo, S. (2006). Corpo ativo e a filosofia. In. Moreira WW (organizador). *Século XXI. A era do corpo ativo*. Campinas(SP): Papyrus, pp. 9-30.
- Goldman, S.N. (2005). Aspectos Sociais e Políticos do Envelhecimento. Recuperado el: 20 abril 2005. Disponível em: <http://www.sbggrj.org.br/artigos/aspectos.htm>
- Helman, C.G. (2003). *Cultura, saúde e doença*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios. IBGE/PNAD (2004). Indicadores sociais 2004. CD Rom. Rio de Janeiro. IBGE.
- Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará, IPLANCE. Anuário Estatístico do Ceará 2004. Recuperado el: 08 agosto 2005. Disponível em: http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario_2004/index.htm
- Langdon, E.J.(2005). A Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. Recuperado el: 17 julho 2005: Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>
- Nordenfelt, L. (2000). Conseqüências para o cuidado de saúde. In. Nordenfelt, L. *Conversando sobre saúde. Um diálogo filosófico*. Florianópolis: Bernúncia, pp. 156-162.
- Peixoto, C. E. & Clavairolle, F. (2005). *Envelhecimento, políticas sociais e novas tecnologias*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Rodrigues, R.M. (2007). Como selecionar boas fontes - os critérios de seleção. In: Rodrigues RM. *Pesquisa acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas*. São Paulo: Atlas, pp. 20-48.
- Serger, M. & Ferraz, F.C. (1997). O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública* 31(5) 538-42.
- Silva, D.M.G.V. (2001). Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais. Florianópolis: UFSC. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Stein, C. & Moritz, I. (1999). *A life course perspective of maintaining independence in older age*.

Geneva: WHO.

Uchoa, J.E.; Firmo, A.O. & Lima-Costa, M.F.F.

(2002). Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In Minayo MCS; Coimbra Jr CEA. *Antropologia, saúde e envelhecimento*.

Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 25-36.