

T610
R484 v
1999

Rita de Cassia Lanes Ribeiro

**A VELHICE EM UMA NOVA VERSÃO: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR
NA MICRORREGIÃO DE VIÇOSA-MG**

Tese apresentada à da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em Ciência Animal.

Área: Epidemiologia.

Orientadora: Prof. Dra Celina Maria Modena

Belo Horizonte
Escola de Veterinária UFMG
1999

R484v Ribeiro, Rita de Cassia Lanes, 1956 –
1999 A velhice em uma nova versão: Uma abordagem interdisciplinar na
Microrregião de Viçosa- MG – Rita de Cassia Lanes Ribeiro. – Belo
Horizonte: UFMG – Escola de Veterinária, 1999.
Xp. : il.
Tese (Doutorado) – UFMG – Escola de Veterinária
1. Idosos – Comportamento - Teses. 2- Qualidade de vida - Teses. 3-
Sociologia – Teses. 4- Epidemiologia – Teses. I. Título

CDD – 614.4

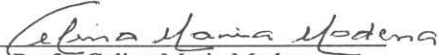
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

16/09/99

1279199-07

0276 - 10360


Tese defendida e aprovada em 27 de maio de 1999 pela Comissão Examinadora constituída por:



Profa. Celina Maria Modena
Orientadora



Profa. Maria do Carmo Fonseca



Prof. Edson Perini



Profa. Alice Inês de Oliveira e Silva



Profa. Maria Júlia Salim Pereira

Uma homenagem especial aos freqüentadores do
"Clube da terceira idade"
que me confiaram seus depoimentos, acreditando colaborar em prol da ciência

VELHO

(Jair Prado)

*Velho? Em que sentido, na idade?
Não diga tal tolice,
Os anos não afetam a mocidade,
A idade não tem culpa da velhice.*

*Velho mesmo é aquele que é vencido,
É o inútil que se entrega sem lutar,
Melhor lhe fora nunca haver nascido,
Melhor seria do mundo se ocultar.*

*Quando velho-moço, no vigor da idade
Que por fraqueza a própria vida esquece,
Que por vencido nega a realidade.*

*Esse não sabe, e nem saber merece
Que só o espírito dita a mocidade
E dá vida à matéria que envelhece.*

A minha mãe, **Genuína Pereira Lanes**, a quem entreguei o cuidado às crianças, a administração da casa, sendo que sem sua valiosa ajuda jamais poderia concretizar mais essa importante etapa da minha vida, tendo sido desde cedo minha grande incentivadora, fazendo-me crer que a mulher também tem o seu espaço; é só lutar;

A **Luís Pacheco Temponi Ribeiro**, meu esposo, companheiro e amigo, sem cujo incentivo e dedicação eu não teria nem começado. Essa conquista, é também sua;

A **Filipe, Rafael e Érica**, meus filhos, de quem esse trabalho roubou dias e dias de nosso convívio, ao longo dos quatro anos de suas vidas, privando-me de acompanhá-los, na certeza dos frutos que colheríamos dessa jornada;

DEDICO COM MUITO AMOR ESTE TRABALHO.

AGRADECIMENTO

À Professora Celina Maria Modena, minha orientadora, pela sua competência, seus ensinamentos, dedicação e amizade com que sempre me acolheu. Nos tortuosos caminhos percorridos, necessários para meu crescimento profissional, soube guiar com firmeza meus passos para o atual sucesso.

À Professora Maria do Carmo Fonseca, pelo estímulo, pelas sugestões e pela disponibilidade, tendo sido muito importante nessa caminhada, revelando-se mais que co-orientadora, uma verdadeira amiga.

À Professora Alice Inês de Oliveira e Silva, com quem aprendi a artimanha de um trabalho qualitativo. Sua colaboração foi imprescindível para o fechamento da tese.

Ao meu pai, Geraldo Alves de Lanes, com quem aprendi que só há conquista quando há persistência.

Aos professores Adelson, Laerte, Margarida, Maria Tereza, Marilene, Paulo e Raquel Amaral, pelo apoio e compromisso mediante a substituição na disciplina NUT 354 (UFV), para a realização deste doutorado.

À Fátima Castro pelo apoio como procuradora, durante o tempo de afastamento.

A Márcia Cristina Vieira que, com muita dedicação e profissionalismo, colaborou na árdua tarefa de transcrição das fitas.

À Prof^a Maristela (Teinha) do Curso de Educação Física (UFV), pela acolhida no grupo da Terceira Idade, durante suas aulas de dança de salão.

Às amigas Valeska e Maria José, pelo valioso apoio nos difíceis momentos, principalmente durante a passagem do mestrado para o doutorado.

Aos colegas de pós-graduação, Núncio, Joeli, Santa Rosa, Elza, Marcinho e Márcia, pela agradável convivência durante esses anos.

A Nilda Lucas Laurindo e Maria de Fátima, por serem tão cordiais no atendimento e na resolução dos problemas dos alunos da pós-graduação.

A CAPES/PICDT, pela bolsa de estudos que viabilizou a realização deste doutorado

À Margarida e Perpétua, funcionárias da Assessoria de Assuntos Internacionais e Interinstitucionais da UFV, pela atenção e pelas gentilezas com que me atendiam.

A todos os colegas do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	11
LISTA DE FIGURAS.....	12
RESUMO.....	13
ABSTRACT.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1. Caracterização do objeto/sujeitos de estudo.....	20
2.2. Epidemiologia e o processo saúde/doença.....	20
2.3. O risco epidemiológico.....	24
2.4. Pesquisa qualitativa e Epidemiologia.....	27
2.4.1. antropologiaeEpidemiologia:explorando a interdisciplinaridade.....	30
2.5. Teoria da transição demográfica e epidemiológica.....	33
2.6. Terceira idade/ velhice.....	36
2.6.1. O corpo, cultura na invenção da terceira idade.....	38
2.6.2. Terceira idade e gênero.....	39
2.6.3. Qualidade de vida na terceira idade.....	42
3. METODOLOGIA.....	43
3.1. Caracterização do local e população: 1ª fase do estudo.....	43
3.1.1. Definição do Desenho de estudo e População.....	45
3.2. Pesquisa qualitativa: 2ª Fase do estudo.....	46
3.2.1. Caracterização dos idosos entrevistados e do local da pesquisa.....	46
3.2.2. Universo estudado.....	48
3.2.3. Coleta de Dados.....	50
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
4.1. Perfil demográfico e epidemiológico da população da Microrregião de Viçosa-MG.....	51
4.2. Perfil epidemiológico da população da Microrregião de Viçosa- MG.....	57
4.3 Representação de velhice.....	59

4.3.1. Relação entre idade cronológica e envelhecimento	63
4.3.2. O Estigma na velhice	64
4.4. Corpo, cultura e a invenção da terceira idade	67
4.5. Terceira idade e gênero.....	67
4.6. Percepção de saúde/doença	69
4.7. Estilo de vida, condições de saúde e autonomia na velhice	72
5. CONCLUSÕES	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
APÊNDICE A.....	86
APÊNDICE B	98
APÊNDICE C	100

LISTA DE TABELAS

1	Resumo das características dos entrevistados	49
1A	Distribuição etária da população – Brasil, 1980 e 1990	86
2A	Distribuição Etária da População da Microrregião de Viçosa-MG, 1970, 1980, 1991	87
3A	Distribuição etária da população do município de Viçosa-MG, 1970, 80-90	88
4A	População residente, segundo municípios da Microrregião de Viçosa-MG, entre 1970 e 1995 e taxas de crescimento geométrico anual médio	88
5A	Distribuição da População de 60 anos, segundo o sexo, na Microrregião de Viçosa-MG, 1970-1991	89
6A	Dados gerais da população e densidade demográfica para os municípios da Microrregião de Viçosa-MG, 1991-1995	90
7A	Proporção de pessoas com 60 anos e mais, na Região Sudeste e na Microrregião de Viçosa-MG, 1970, 1980, 1991, 1995	90
8A	População e distribuição etária na Microrregião de Viçosa-MG 1970, 1980, 1991, 1995	91
9A	Taxas específicas de fecundidade (TEF), de fecundidade geral (TFG) e de fecundidade total (TEF), na Microrregião de Viçosa-MG, 1980	92
10A	Taxas específicas de fecundidade (TEF), de fecundidade geral (TFG) e de fecundidade total (TEF), na Microrregião de Viçosa-MG, 1990	92
11A	Taxas específicas de fecundidade (TEF), de fecundidade geral (TFG) e de fecundidade total (TEF), na Microrregião de Viçosa-MG, 1995	93
12A	Distribuição percentual de óbitos na Microrregião de Viçosa-MG, segundo causas predominantes nos anos de 1980, 1990, 1995	93

- 13A Mortalidade Proporcional por principais causas, segundo posição que assumem no obituário, nos municípios da Microrregião de Viçosa-MG, 1980, 1990, 1995

97

LISTA DE FIGURAS

1	Mapa da Microrregião de Viçosa-MG, de acordo com a Diretoria Regional de Saúde de Ponte Nova (DRS-PN).	44
2	Mapa de Minas Gerais, localização da microrregião de Viçosa	44
3	Fotografia dos freqüentadores do Clube da Terceira Idade	50
4	Pirâmide etária da população da Microrregião de Viçosa-MG, 1970	52
5	Pirâmide etária da população da Microrregião de Viçosa-MG, 1980	53
6	Pirâmide etária da população da Microrregião de Viçosa-MG, 1991	54
7	Gráfico População 60 anos e mais Brasil, Região Sudeste, Microrregião Viçosa, MG	91
8	Mortalidade Proporcional por principais causas de óbitos na Microrregião de Viçosa,Mg, 1980	94
9	Mortalidade Proporcional por principais causas de óbitos na Microrregião de Viçosa,Mg, 1991	95
10	Mortalidade Proporcional por principais causas de óbitos na Microrregião de Viçosa,Mg, 1995	96

RESUMO

Com os objetivos de traçar o perfil demográfico e epidemiológico, e de analisar a qualidade de vida da população idosa, apresentamos uma abordagem interdisciplinar do processo de envelhecimento. Inicialmente, foram utilizados dados secundários da microrregião, obtidos de Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991 e estatísticas do Registro Civil, dos anos de 1970, 1980, 1991, 1995. Posteriormente, foram analisadas as representações do envelhecimento e seus papéis sociais, a representação de saúde/doença, qualidade de vida e a autonomia de um grupo de idosos no município de Viçosa-MG. A apreensão das representações realizou-se por meio de entrevistas semi-estruturadas e observação participante. Evidenciou-se, que as representações de saúde/doença, de envelhecimento e de qualidade de vida, ultrapassam os limites biomédicos e se revestem de significados próprios. Essa outra versão da velhice, por eles interpretada e vivida permite melhor compreensão desse curso da vida que, conseqüentemente, acarretará mudanças de atitudes em relação ao cuidado/atenção à população idosa. O estudo permitiu concluir que: 1) A Microrregião de Viçosa, sinaliza para um processo de transição demográfica, sendo maior o número de pessoas com 60 anos e mais, na década de 90, em relação às décadas de 70 e 80. 2) Para os padrões de mortalidade, verificou-se que, em 1980, os óbitos se davam principalmente por doenças perinatais e, em 1991 e 1995 as principais causas foram as doenças do aparelho circulatório, o que sinaliza um processo de transição epidemiológica. 3) Qualidade de vida se relaciona a estilo de vida, e à capacidade de realizar atividades sem interferência ou influência de outras pessoas. A saúde é representada como oposto de doença, transcrita pela disposição para o trabalho e para fazer o que quiser, havendo consciência das patologias, que não constituem problemas, à medida que eles se preocupam com cuidados e controles médicos periódicos. Tais características confirmam, para a cidade de Viçosa-MG, aspectos considerados na literatura sobre a qualidade de vida do idoso e seus determinantes, tendo as falas e as práticas, observadas, bem como o uso do referencial teórico e da metodologia qualitativa, dado o tom e a singularidade aos resultados. 4) As questões de gênero na "terceira idade" não decorrem apenas de questões demográficas, em que as mulheres representam maior número que os homens, mas de diferenças existentes entre a velhice do homem e a da mulher, sendo que esta supera mais facilmente os entraves e as dificuldades. 5) A disponibilidade de serviços adequados para a população idosa, se mostram como alternativas propiciadoras de melhor qualidade de vida. Os

“Grupos de terceira Idade”, tem sido o local de socialização, congregando pessoas da mesma idade, se tornando local adequado para trabalhos preventivos com o idoso, sem o caráter de serviços médicos. 6) Esta nova versão da velhice permitiu melhor compreensão das características desse curso da vida, havendo de servir como alerta aos profissionais de saúde, para elaboração de práticas preventivas a serem implementadas para o grupo estudado, visando a melhor qualidade de vida para essa população.

Palavras-chave: Velhice, epidemiologia, demografia, autonomia, qualidade de vida.

ABSTRACT

With the objectives of tracing the demographic and epidemic profile, and to analyze the quality of life of the senior population this study presented an interdisciplinary approach of the aging process. Initially, secondary data of the micro region were used, obtained from Demographic Censuses of 1970, 1980, 1991 and statistics from the civil Registration, from the years of 1970, 1980, 1991 and 1995. Later on the representations of the aging and its social roles were analyzed, the health/disease representations, life quality and the autonomy of a group of seniors in the county district of Viçosa – MG. The acquisition of the representations took place by means of semi-structured interviews and participant observation. It was evidenced that the health/ representations, of aging and of life quality, exceed the biomedical limits and they are covered of own meanings. That other version of aging interpreted and lived by them allows better understanding of that route of the life that, consequently, will conduct changes of attitudes in relation to the care/attention to the senior population. The study allowed to conclude that: 1) the micro region of Viçosa, signals for a process of demographic transition, being larger the number of people with 60 years and more, in the decade of 90, in relation to the decades of 70 and 80. 2) for the mortality patterns, it was verified that, in 1980, the deaths occurred mainly by perinatal diseases and, in 1991 and 1995 the main causes were the circulatory systems diseases, what signals a process of epidemic transition. 3) life quality links to lifestyle, and to the capacity to accomplish activities without interference or another people's influence. The health is represented as opposite of disease, transcribed by the disposition for the work and to do what he/she wants, having conscience of the pathologies, which do not constitute problems, as they worry about cares and periodic medical controls. Such characteristics confirm, for the Viçosa – MG county, aspects considered in the literature on the quality of the senior's life and its determinant, having the speeches and the practices, observed, as well as the use of the theoretical referential and the qualitative methodology, offering the tone and the singularity to the results. 4) the gender subjects in the "third age" do not just elapse of demographic subjects, in that the women represent larger number than the men, but from existing differences between the man's age and the one of the woman, and this overcomes the obstacles and the difficulties more easily. 5) the readiness of

services adapted for the senior population is shown as auspicious alternative of better life quality. The "Groups of third Age" has been the socialization place, congregating people of the same age and making proper local preventive works with the senior, without the character of medical services. 6) this new version of the age allowed better understanding of the characteristics of that route of the life, must serving as alert to the professionals of health, for elaboration of preventive practices to be implemented for the studied group, seeking the best life quality for that population.

Word-key: Aging, epidemiology, demography, autonomy, life quality.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo trata-se de uma abordagem quantitativa e qualitativa do processo de envelhecimento populacional. O propósito foi, inicialmente, detalhar um perfil demográfico e epidemiológico da Microrregião de Viçosa-MG, pois sabe-se que os dados demográficos, quando trabalhados de forma global, não refletem a real situação, podendo ocultar diversidades regionais e, ou, locais. Posteriormente, por meio de uma abordagem antropológica, estudou-se a qualidade de vida dos frequentadores do "clube da terceira idade" no município de Viçosa-MG.

Num primeiro momento utilizou-se metodologia quantitativa, trabalhou-se com dados secundários obtidos através do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e com dados dos cartórios de Registro Civil localizados em cada um dos nove municípios que compõem a Microrregião.

Observou-se nessa fase do estudo uma queda na fecundidade e na mortalidade, sinalizando um processo de envelhecimento populacional, aliado às mudanças observadas nas causas de mortalidade, sinalizando um processo de transição epidemiológica. Diante das constatações, optou-se, na fase seguinte, por analisar a qualidade de vida ou o estilo de vida de um grupo de idosos. Essa "qualidade de vida" não foi pensada na sua acepção tradicional, ou seja, naquela centrada na economia e que seria equivalente ao uso de bens de consumo, uso de máquinas de última geração entre outros. O que se pretendia com esse objetivo era "quantificar/qualificar a qualidade de vida" por meio do grau de autonomia com que o indivíduo idoso desempenha as funções do dia-a-dia, dentro de seu contexto socio-econômico-cultural (Grimley-Evans, 1984).

Num segundo momento, utilizou-se metodologia qualitativa, de visão antropológica, como forma

de obter, por meio dos idosos, informações sobre seus modos de vida, estilos de vida, o que é ser idoso e seus papéis sociais, sua percepção de saúde, qualidade de vida e os fatores que afetam a sua autonomia.

O fio condutor deste trabalho, portanto, é a qualidade de vida da população idosa, diferente da acepção tradicional, conforme mencionado, porque não são estes os pontos privilegiados pelos meus "sujeitos produzidos". A grande preocupação, nessa segunda fase do estudo, era procurar a relação entre uma determinada doença apresentada pelo idoso e o seu estilo de vida.

Apesar do caráter qualitativo do estudo, havia grande preocupação em estudar a relação causa-efeito, exposição-doença, exposto, não-exposto e outras características do gênero. No período da pesquisa de campo, surgiram muitos conflitos, foram formulados questionários para uma posterior aplicação, caso as entrevistas não fossem aproveitáveis, pois, naquele momento, trabalhar com pesquisa qualitativa significava total mudança nos rumos do estudo, pois havia muita diferença na forma de captar a realidade estruturada.

A grande preocupação era não perder de vista que esta é uma tese de Epidemiologia, sendo que esses "fatores que afetam a autonomia..." são traduzidos em "problemas de saúde".¹ Porém, segundo Minayo (1993), saúde/doença são fenômenos clínicos que são vividos culturalmente. As crenças, valores e atitudes da população devem ser considerados, ao se

¹ Na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, no Tema 1- "Saúde como Direito", assinala: "Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde..."

diagnosticar os reais problemas, para que se possa entender o processo saúde/doença na sua totalidade e contribuir na modificação da qualidade de vida.

Este, portanto, é um trabalho sobre estilo de vida e saúde, que pretende entender e operacionalizar o conceito de envelhecimento/saúde, valendo-se das transformações culturais e sociais que ocorrem simultaneamente às transformações demográficas, como mudanças na dinâmica familiar, onde elos são desfeitos e a atenção proporcionada pela família é gradualmente substituída pela necessidade de alternativas sociais.

A família e a comunidade geralmente aceitavam grande parte da responsabilidade sobre seus membros idosos, contudo, isto está mudando. Como conseqüência da industrialização, que influencia as transformações no interior das famílias, constituindo fatores de mudanças, pode-se citar a diminuição do número de famílias extensas que passou a ser nuclear, sendo responsabilizadas pela solidão em que vive grande parte da população idosa que, por sua vez, perde as funções que desempenhava no seio familiar. Provavelmente, mudanças culturais, decorrentes de iniciativas sociais, lhes possibilitaram reinventar um novo modo de vida, construindo uma nova representação da velhice desvinculada de atributos negativos. Assim, a concepção da velhice passou a estar ligada ao dinamismo, à liberdade e ao lazer, tecendo novas relações sociais fora do ambiente familiar, fugindo do isolamento (Peixoto, 1997).

Ao buscar descrever o perfil desses novos "velhos", surgiram as primeiras dúvidas: onde encontrar essas pessoas? Onde elas moram? Nessa sondagem, tomei conhecimento da existência de um grupo de terceira idade que se reunia em um clube da cidade de Viçosa para fazer ginásticas sob a coordenação de alguns professores e estudantes do Curso de Educação Física da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Entrei em contato com os referidos

professores e comecei a freqüentar as aulas (ginástica, dança, coral) com os idosos.

Após entrosamento com o grupo, realizei o estudo, com esses idosos participantes de atividades do "Clube de Terceira Idade", conseguindo conhecer, através deles, suas percepções sobre o que é ser idoso, sobre os fatores que afetam sua autonomia e sobre a qualidade de vida, levando-me a constatar, posteriormente, que os resultados obtidos não poderiam ter sido com outro tipo de metodologia. Assim como relata Motta (1998), outra metodologia para trabalhar o objeto certamente me levaria a tematizá-lo de maneira diferente. Os valores revelados pelos sujeitos do estudo, tinham certamente muito a ver com o fato de todos eles serem freqüentadores de um grupo de terceira idade, não podendo, este estudo ser generalizado para outras realidades, porém o destaque dado pelos sujeitos sobre o estilo de vida com conseqüente qualidade da mesma (antes até que da família ou do trabalho doméstico, como era de se esperar de avós), guarda relação com a nova versão da velhice analisada neste trabalho. Essa nova versão reveladora dos modos de vida são, como citado, decorrentes das modificações nas relações sociais ampliadoras de suas redes de relações e do desempenho em atividades além do círculo doméstico e familiar.

Para alguns autores, como Beavoir, 1990, Barros, 1981, Motta, 1998, as mulheres experimentariam na velhice uma situação de dupla vulnerabilidade, com o peso somado de dois tipos de discriminação, mulher e idosa, uma vez que, em quase todas as sociedades, a mulher é valorizada pelo seu papel reprodutivo e pelo cuidado com as crianças, de forma que desprezo marcaria sua passagem para a velhice. Essa passagem se associa também a perdas, abandono dos filhos, viuvez, transformações físicas, somando-se a isso o subemprego, os baixos salários, o isolamento e a dependência que caracterizariam a condição de mulher idosa.

Entretanto, a velhice é vivenciada de forma heterogênea em função de gênero, classe, religião. Embora seja recomendável não generalizar este estudo para outras realidades, ou outros grupos, aqui, a grande maioria dos idosos abordados são do sexo feminino, o que não difere da realidade de outros programas voltados para a terceira idade. Esses programas são atrativos para as mulheres, nessa fase da vida, que é vivenciada como uma nova etapa, em que a realização pessoal, a satisfação e o prazer encontram o seu auge e são vividos de maneira mais madura e profícua (Debert, 1997a).

As mulheres percebem a velhice como momento de liberdade e independência, o que dá à vida cotidiana uma nova dimensão de bem-estar. As mulheres vêem esse bem-estar através de dois conjuntos de oposições: a liberdade atual e a liberdade que usufruíram em outras etapas da vida, sobretudo na juventude, quando eram vítimas da opressão dos pais e do controle da sociedade, marcando, portanto, uma oposição entre o que foi a experiência de envelhecimento das mulheres do passado, quando as mulheres se vestiam de preto, não saíam de casa e dependiam dos filhos, e o envelhecimento de hoje.

Para os homens, o que garante que não são velhos é a lucidez; e o fato de acreditar que, apesar da idade, têm um conhecimento profundo da realidade social e política que vivem. Os homens acham que envelhecer hoje já não é como antigamente, quando os velhos eram membros privilegiados da família e da sociedade. A velhice era uma experiência de felicidade e de prestígio. A expansão da história política brasileira trouxe um verdadeiro assalto às condições de aposentadoria, transformando o idoso em um peso para a família e em objeto de desdém para a sociedade como um todo.

A questão do idoso tem sido estudada sob o ponto de vista demográfico, biológico, econômico e social, com discussões que ultrapassam o objetivo deste estudo. Do ponto de vista social, numa vertente qualitativista,

Haddad (1986) relata que a velhice é pensada, exclusivamente, como etapa natural do ciclo biológico da vida, como momento inexorável da existência, a que todos estão virtual e igualmente expostos, por ser fenômeno independente do modo pelo qual a sociedade capitalista explora a força de trabalho, condenando o trabalhador não apenas a uma antecipação do processo de depreciação natural de sua capacidade de labor, mas, antes de tudo, a uma depreciação social que afeta o conjunto da classe trabalhadora. Por isso, a característica fundamental da ideologia da velhice repousa em sua a-historicidade, em ocultar e desconhecer os diferentes modos de viver, sofrer e suportar essa etapa. Enfim, a ideologia da velhice pretende uniformizar sua representação.

O estudo teve como objetivo caracterizar a população idosa, analisar as representações de envelhecimento/terceira idade, de saúde/doença, enfim, analisar o estilo de vida da população idosa tal como por eles percebidos.

Algumas considerações sobre os paradigmas da Epidemiologia, os aspectos do processo-saúde doença e referenciais teóricos e metodológicos que orientam a pesquisa sobre o envelhecimento e a terceira idade são relatados no Capítulo 2.

A questão metodológica consta no Capítulo 3, que foi dividido em duas partes: a que congrega uma metodologia quantitativa; e uma segunda parte, a metodologia qualitativa, onde buscamos introduzir o leitor no "campo" de estudo.

O Capítulo 4 (Resultados e Discussões), como também a Metodologia (Capítulo 3), são apresentados em duas partes; uma parte que aborda o perfil demográfico e epidemiológico da Microrregião de Viçosa-MG, e outra que privilegia o personagem principal, "o outro". Os aspectos referentes à velhice/terceira idade, as representações de saúde/doença, estilo de vida, condições de saúde e qualidade de vida são tratados de forma a produzir uma antropologia interpretativa, onde se enfatiza a fala do outro, intercalando-a à nossa.

A conclusão é apresentada no Capítulo 5, resumindo as características do processo de envelhecimento, numa perspectiva demográfica, seguida da contextualização sócio-cultural, reafirmando seus pontos fundamentais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Caracterização do objeto/sujeitos de estudo

A população idosa, na atualidade, tem sido objeto de interesse a inúmeros estudos. O envelhecimento é um campo necessariamente tratado de modo interdisciplinar. O processo de envelhecimento, no âmbito idade/idoso tem sido objeto de estudo da Demografia, das Ciências Sociais e da Antropologia, da Epidemiologia, dentre outras. Em qualquer estudo sobre o envelhecimento, realizar levantamentos da população em geral constitui um passo essencial, estando, nesse sentido, a demografia a fornecer subsídios para a caracterização da população.

A transformação disciplinar por que passou a Epidemiologia, analisada através da evolução do conhecimento do conceito da causalidade e da noção de risco como contribuição para o conhecimento epidemiológico, permitiram o progresso das investigações através de métodos quantitativos. Porém, como veremos a seguir, a saúde, a doença e a velhice não se constituem apenas de evidências orgânicas, naturais objetivas, mas estão relacionados às características de cada sociedade, sendo representadas de maneira diferenciada pelos sujeitos sociais, sugerindo o reconhecimento da necessidade da apropriação de instrumentais metodológicos de abordagens das ciências sociais, dentre elas a Antropologia.

2.2. Epidemiologia e o processo saúde/doença

A Epidemiologia tem buscado conquistar seu próprio espaço, recorrendo, como as demais ciências, à observação e à reflexão sobre os problemas que enfrenta. Assim, de alguma forma tem-se preparado para mudanças radicais, dada a crise de identidade no próprio campo de conhecimento.

Antes de entrarmos especificamente na discussão do paradigma do risco, que atualmente governa "quase" todo o discurso epidemiológico, faz-se necessário reconstruir a história do conceito de causa, a fim de apreender as transformações de conteúdo por que passou. A questão da causalidade é central em Epidemiologia, e a compreensão do processo de determinação é uma de suas vertentes.

Entre os povos da "antigüidade", as interpretações que o homem deu à questão da causa podem ser separadas, segundo Barata (1990), em duas vertentes: "1) Na concepção dos Assírios, Egípcios, Caldeus e Hebreus, que tomavam o corpo humano como receptáculo de uma causa externa, que lhe penetrava, as doenças surgiam, sem que o corpo participasse desse processo. Essas causas poderiam ser tanto naturais quanto sobrenaturais. Os sistemas filosóficos de compreensão do mundo, por esses povos, eram de caráter religioso, mediadas por curas por plantas e recursos naturais (religiosos). 2) A Segunda vertente foi representada pela medicina Hindu e chinesa. A doença é vista como desequilíbrio dos humores que compõem o organismo humano. A causa do desequilíbrio é procurada no ambiente físico, isto é, na influência dos astros, no clima, nos insetos e animais. Para os chineses, a saúde é resultante do equilíbrio entre yang e yin. As causas externas provocam desequilíbrio dos princípios e aparece a doença. Nessa concepção, o homem tem papel ativo no processo, e as causas são naturalizadas, perdendo o caráter mágico religioso da outra conceituação".

Na Grécia, o estudo da medicina continua no caminho apontado pelas teorias hindus e chinesas. A saúde é um estado de *isonomia*, ou seja, de harmonia perfeita entre quatro elementos que compõem o corpo humano: terra, ar, água e fogo. A doença aparece como consequência de fatores externos que provocam no organismo a *disonomia* (Barata, 1990, Almeida Filho, 1992).

Hipócrates enriqueceu as concepções gregas de saúde/doença por meio da prática clínica e da observação da natureza. Estabeleceu a correspondência entre os humores, seus elementos, qualidade e órgão-sede, como na medicina chinesa: sangue (fogo), pituita (fria), (ar), bile amarela (terra), bile negra do baço e estômago (água). Hipócrates estabeleceu causas de doenças ao do ambiente físico.

Durante a Idade Média, praticamente não houve avanço nos estudos da causalidade. Os princípios hipocráticos são conservados em nível teórico, e a prática clínica foi completamente abandonada. Sob a influência do Cristianismo, a Medicina volta a ter um caráter religioso. No final da Idade Média, com o aumento das epidemias na Europa, retorna-se a questão da causalidade da doença. O centro das atenções são para as doenças infecciosas. No século XIV, na Itália, já havia a concepção de contágio (epidemia da peste).

No Renascimento, a Medicina volta a ser exercida por leigos e são retomados os experimentos e as observações anatômicas que resultarão nas ciências básicas. Na tentativa de elaborar uma explicação para disseminação de doenças epidêmicas, concebe-se a existência de partículas invisíveis que atingem o homem de diferentes maneiras.

No século XVI, há novamente uma formulação da causalidade em que há penetração de um fator externo causando doença. Do desdobramento dessas elaborações teóricas iniciais sobre o contágio, surge a teoria Miasmática, que será hegemônica até o

aparecimento da bacteriologia na segunda metade do século XIX (Barata, 1990, Almeida Filho, 1992, Pereira, 1995).

Durante todo o século XVIII, os estudos voltam-se para a compreensão do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas sofridas durante a doença. O estudo das causas cede lugar às práticas clínicas. Desvela-se a linguagem dos sinais e sintomas clínicos.

No final do século XVIII, após a Revolução Francesa, com a urbanização crescente na Europa e a consolidação do sistema fabril, aparece com força crescente a concepção de causa social, isto é a relação entre as condições de vida e trabalho das populações e o aparecimento das doenças, para que elaborou-se uma teoria social da Medicina. O ambiente deixa de ser natural e reveste-se do social (Pereira, 1995).

Entretanto, a concepção miasmática permanece hegemônica, enquanto a Medicina Social aparece entre revolucionários ligados aos diversos movimentos políticos do final do século XVIII e primeira metade do século XIX (Barata, 1990, Pereira, 1995).

Os fatores externos, responsabilizados como produtores de doenças, têm seu papel minimizado, sua ação só se traduzirá em doença onde o contexto social permitir que tal fato ocorra. Com a derrota dos revolucionários, a Medicina Social teve seu desenvolvimento retardado. As denúncias de que as condições de vida e de trabalho estavam levando ao desgaste do proletariado, comprometendo até mesmo sua reprodução, são absorvidas pelos governos que, como resposta, tomaram medidas sanitárias, impuseram uma legislação trabalhista e não fizeram transformação na organização social.

Na metade do século XIX, com as descobertas bacteriológicas, deslocam-se de vez as concepções sociais, reforçando que as causas externas de doenças eram representadas por partículas. Para a ciência dominante, a

bacteriologia veio liberar a Medicina dos complexos econômicos, sociais e políticos determinantes, que impediam seu desenvolvimento científico. A questão da causalidade fica reposta, em termos bem mais simplificados: para cada doença, um agente etiológico deverá ser identificado e combatido.

A insuficiência da formulação unicausal, no século XX, dá retorno às concepções multicausais que dominam o campo da Epidemiologia. As formas sob as quais o conceito será apresentado sofrem transformações ao longo do tempo. Mas, segundo Barata (1990), o que há de mais característico nos diferentes modelos é a tentativa de redução do social e sua descaracterização através das construções a-históricas e biologicistas.

A primeira formulação multicausalista ocorreu na década de 20, com o modelo da "Balança" elaborado por Gordon, citado por Almeida Filho (1992). A saúde, neste modelo, surge como um estado de equilíbrio entre fatores diversos. Ocorre doença quando há um desequilíbrio. É um modelo simplificado e mecanicista, pois os fatores são tomados isoladamente, como se não houvesse interação entre eles, voltando novamente ao modelo unicausalista.

No início do século XX, outro fator se agrega ao conceito de multicausalidade: os fatores psíquicos. O homem é então definido pelo movimento da medicina integral, nos Estados Unidos, como ser "bio-psico-social". O social aparece como atributo, e não como essência da própria existência humana.

Macmahon (1975) nega a possibilidade do conhecimento de causas, apesar de admitir a existência de relações de interação recíproca entre os múltiplos fatores envolvidos na causação. Ele afirma que nem sempre os conhecimentos são necessários para que se tomem medidas de controle.

O conceito mais acabado da multicausalidade é o Modelo Ecológico, em que os fatores se

apresentam sob a forma de sistemas fechados com um "feed-back" regulador. A sobrevivência dos agentes e do hospedeiro depende do ambiente, é alterada por ele e, por outro lado, também altera o ambiente em que se encontram. A vida humana fica reduzida a sua condição animal. Todos os elementos da relação são colocados num mesmo plano a-histórico, atemporal. O modelo ecológico não permite uma interpretação fiel da realidade para transformá-la (Rouquayrol, 1993).

As críticas a este modelo intensificaram-se, no final da década de 60, visando a uma reformulação da compreensão do processo saúde/doença, de tal forma que os conhecimentos epidemiológicos puderam estar mais de acordo com os interesses populares, orientando novas práticas de intervenção, surgindo, então, uma nova formulação da determinação social das doenças.

Rodrigues (1990) resume a evolução da Epidemiologia em três grandes períodos:

- 1) "Epidemiologia da constituição pestilencial e dos miasmas: relacionadas às teorias pré-pasteurianas, a partir da primeira metade do século XIX;
- 2) Epidemiologia dos modos de transmissão: coincidente com a era bacteriológica, desde o final do século XIX até os anos 50;
- 3) Epidemiologia dos fatores de risco: cujo objeto principal de estudo são as doenças crônico-degenerativas, que se desenvolveram e persistem até os dias atuais".

Vários e conflitivos pontos de vista têm permeado a discussão acerca da teoria do conhecimento, porém uma questão importante para o avanço da Epidemiologia no momento é o reconhecimento do seu objeto. A Epidemiologia, pelas próprias características de seu objeto, tem necessidade de buscar interfaces com outras disciplinas, retirando-lhes conceitos, métodos e técnicas para superação de impasses epistemológicos e soluções de suas questões empíricas (Barreto & Alves, 1994). Pelo fato de

ser uma disciplina que trata do coletivo, faz-se necessário seu vínculo com as ciências da sociedade.

Porém, Bateson, citado por Scharamm e Castiel (1992), vai além da questão do objeto, relatando que, ao dizer algo sobre a vida, seria indispensável falar de relações e não somente de objetos, e se essas relações são consideradas dinâmicas, estão sujeitas ao tempo e à história (conforme descrito anteriormente, até o paradigma da causalidade foi pensado de maneira dinâmica e histórica, em cada época, cada tempo).

A produção de conhecimento, teoria e métodos, na Epidemiologia como em qualquer ciência que lida com aspectos da vida, seria então um instrumento precário sobre um mundo ao mesmo tempo natural e histórico, em constante complexificação. Segundo Breilh (1988), a saúde/doença coletiva integra dialeticamente o social e o natural e desse modo envolve processos complexos.

Nesse sentido, a busca da aproximação do entendimento sobre o processo saúde/doença não pode prescindir da contribuição dada pelas ciências sociais, com suas metodologias qualitativas, pois, do ponto de vista do conhecimento do seu objeto (saúde/doença), a Epidemiologia per si, não pode dar conta da compreensão em toda sua complexidade.

Portanto, a apropriação de qualquer modelo e teoria são eficazes à medida que são "reflexos" da própria realidade. Esses modelos são sempre submetidos a um movimento aparentemente contraditório de conservação e de transformação, e são válidos à medida que se tornam adequados a uma referida realidade, e de acordo com a emergência de novos desafios externos para a saúde individual e coletiva (Castiel, 1992).

Saúde, do ponto de vista do conhecimento, é um objeto tão inatingível quanto qualquer objeto social de que se tem conhecimento apenas aproximado, pois

"nada é dado, tudo é construído, incluso e superável; a realidade aí encontrada como o todo social é infinitamente mais rica, mais dinâmica, mais complexa do que qualquer discurso científico sobre ela e que a ciência que a aborda não a captura, apenas indica a direção e a organização intelectual segundo a qual se pode ter maior certeza da aproximação do real"
(Minayo, 1993).

O fenômeno saúde/doença deve ser entendido como processos sociais e, como tais, devem ser concebidos como o são: históricos, complexos, fragmentados, conflitivos, ambíguos e incertos.

A doença é tanto um fenômeno clínico quanto sociológico, neste sentido qualquer ação de prevenção ou tratamento de doenças necessita levar em conta valores, atitudes e crenças de uma população, sendo que as ciências sociais possibilitam ver o corpo que adocece e morre, dentro de uma ordem de significações mais abrangentes. A linguagem da doença é uma linguagem que remete sempre à sociedade e às relações sociais.

A falta de conceitos universais que definam saúde constitui, segundo Barreto & Alves (1994), um obstáculo para o desenvolvimento de teorias e métodos. Goldberg (1990) relata que a ausência de uma teoria da relação saúde da população/meio, sobre a saúde como fato social, provoca bloqueio para o desenvolvimento da Epidemiologia e, na falta de teoria, os métodos se revelam inadapitados para esclarecer fatos que necessitem ser confrontados com teorias e modelos inexistentes.

Segundo Berlinguer, (1988), do ponto de vista individual, pode-se afirmar que o processo saúde/doença ocorre em quatro dimensões. A primeira delas é estar doente, sentindo alterações no corpo por causa da doença. A segunda é sentir-se doente, quando se percebem alterações

no próprio organismo. A terceira é identificar a doença, utilizando para isso os conhecimentos da época. E por último, é poder estar doente, sendo que a doença muitas vezes é negada até o limite do possível, para que se possa cumprir as obrigações das quais depende a existência cotidiana e a sobrevivência.

Segundo Andrade (1996), essas dimensões da percepção individual da doença estão intimamente relacionadas ou constituem as representações de saúde-doença, que são sempre influenciadas pela cultura, pela condição sócio-econômica e pelo trabalho.

Segundo Bibeau (1993), o processo saúde/doença deve ser também entendido como uma construção social, em que os conjuntos sociais vão construindo um perfil epidemiológico integrado.

A representação do processo saúde/doença pelos conjuntos sociais desempenha tarefas fundamentais articuladas entre si, permitindo interpretação e ação, com relação às doenças reconhecidas como ameaça.

A explicação do processo saúde/doença deve considerar toda a riqueza de determinações na qual o fenômeno se manifesta. Os instrumentos da Epidemiologia, para o conhecimento desse complexo fenômeno, inevitavelmente se tornam obsoletos dadas a emergência de novos desafios, que se juntam aos antigos mal resolvidos, e a própria relação dinâmica entre saúde/doença, pois a vida é concebida como sendo ao mesmo tempo natural e sócio-cultural, individual e coletiva.

2.3. O risco epidemiológico

A noção de risco é uma das grandes contribuições da Epidemiologia para as ciências da saúde (Almeida Filho, 1990, Barreto e Alves, 1994, Perini, 1998). O risco no discurso

epidemiológico, no entanto, situa-se no âmbito da população, sendo sua referência exclusivamente coletiva. "(...) Risco em epidemiologia equivale a efeito, probabilidade de ocorrência de patologia, em uma dada população, expresso pelo indicador paradigmático de incidência" (Miettinen, 1985 citado por Almeida Filho, 1992). Essa construção não nos permite o alcance real da dimensão individual do risco, portanto os aspectos simbólicos que governam as relações individuais têm estado alijada do objeto epidemiológico, porém, na prática, o que ocorre é que sua concretização se dá no plano individual, e nesse plano tem sua própria interpretação (Perini, 1998).

A Epidemiologia tradicional desenvolveu-se dentro de um modelo biologicista da prática clínica e, em função disto, grande parte de sua produção é voltada para a ação. A Epidemiologia não tem conseguido ultrapassar os limites em que se encontra, justamente pela dificuldade de essa ciência considerar o indivíduo fundante de sua dimensão básica, o coletivo para onde refluirá todo conhecimento por ela produzido.

Segundo Almeida Filho (1992), numa perspectiva histórico-conceitual, a Epidemiologia revela-se como uma disciplina enraizada na clínica médica, à medida que desta depende para o reconhecimento de doenças nos membros da população. A Epidemiologia supera o conceito de doença (noção essencialmente clínica), à medida que seu objetivo se centra na relação entre o subconjunto de doentes e o conjunto da população a que pertence, incluindo os determinantes dessa relação.

O objeto próprio da Epidemiologia é a doença enquanto manifestação coletiva. Do ponto de vista epistemológico, os cientistas trabalham o objeto da Epidemiologia em referência a uma coisa, fato ou processo e, "cientificamente", o passo seguinte seria "transformá-lo" em objeto-modelo determinado (Almeida Filho, 1992).

Miettinen (1985), um dos pioneiros a se referir a questão do estabelecimento do objeto - trabalha a idéia de que o objeto da Epidemiologia será "a relação de uma medida de ocorrência a um determinante ou uma série de determinantes é denominada relação ou função de ocorrência". Tais relações são, em geral, o objeto da pesquisa epidemiológica. O objeto da Epidemiologia é a relação de uma medida de ocorrência a um determinante. Essa representação relacional do objeto-modelo facilitou a sua simbolização matemática. Miettinen deixa explícito que o caráter coletivo do objeto epidemiológico é a base para a sua expressão quantificada como uma função de diferenciação dentro da população de referência. A idéia é identificar, mensurar o subconjunto de doentes dentro da população de referência, postulando a perspectiva epidemiológica de reconhecer seu objeto como de natureza probabilística.

O raciocínio epidemiológico constrói-se, assim, a partir da noção de determinação probabilística (ou seja, fatores de risco que incidem sobre uma dada população). O objeto epidemiológico é pensado sempre a partir do suposto determinante (fator de risco), em direção ao risco, efeito da doença em população, assumindo a perspectiva do coletivo com seu foco definidor.

Inicialmente, as formas de determinação foram abordadas, tendo-se como referência as pesquisas nas ciências naturais, fundadas numa abordagem positivista do que apresentava problemas, por apresentarem um sentido absoluto e previsível, propriedade que raramente são encontrados em eventos reais. Com isso, foi proposto um modelo probabilístico das formas de determinação do objeto epidemiológico. Assim, o objeto que situa-se como relação entre as categorias de saúde-doença em populações humanas, sendo as relações moduladas através da Matemática, em uma perspectiva de probabilidades, é o conceito de risco, ou seja, o paradigma central da Epidemiologia, governando todo o discurso epidemiológico clássico.

A causalidade foi trabalhada na Epidemiologia, a partir da busca da causa verdadeira e específica da doença. Essa abordagem ganhou legitimidade, com a identificação de agentes específicos, responsáveis pela transmissão de doenças infecciosas. No entanto, a partir da necessidade de contornar o desconhecimento a respeito dos processos causais das chamadas doenças não-transmissíveis ou crônico-degenerativas, o tratamento conceitual e metodológico da causalidade deslocou-se para a quantificação do risco. Essa busca de identificação de fatores de risco ampliou o desenvolvimento metodológico da Epidemiologia (Almeida Filho, 1992).

A medida de risco, ou seja, a probabilidade de ocorrer qualquer agravo em uma dada população é uma medida de associação estatística incapaz de inferir diretamente a causalidade. No caso da clínica que trabalha com o indivíduo, a abordagem se dá em nível de causação, ou seja, identifica relações de causa e efeito. A noção de risco, ao lado da noção de coletivo, é, sem dúvida, uma das grandes contribuições da Epidemiologia e de sua aplicação, com uma função preditiva, diagnóstica ou prognóstica, enfrenta problemas lógicos. Sendo possível, somente se tratarmos o paciente como elemento de um dado conjunto, e não como indivíduo. Mas, se assim procedermos, isto representará uma ruptura com o paradigma da clínica. Então, todo o cuidado é pouco quando se propõe a adoção de determinantes com efeitos individualizados, em qualquer nível de singularidade. Almeida Filho (1992) relata que

"à medida em que o objeto da Epidemiologia (coletivo) não tem qualquer parentesco formal com o objeto da clínica (individual), não é válido, e constitui uma distorção referir-se a um risco individual cujo sentido é uma redução da construção teórica do risco epidemiológico".

Nesse sentido, a utilidade coletiva do risco é inquestionável, mas sua transposição para o universo individual tem gerado distorções e incompreensões no perceber/proceder das pessoas. Há, entretanto, enorme esforço de desenvolvimento de modelos teóricos próprios pelas abordagens chamadas sócio-epidemiológicas.

Almeida Filho (1990) relata que o objeto da Epidemiologia não seria de natureza probabilística, porque a essência do objeto epidemiológico é, na verdade, o que sobra da probabilidade, aquilo de que os modelos probabilísticos não são capazes de dar conta. Nesse caso, a função estatística atua como depuradora do objeto, o que quer dizer que mantém-se como epidemiológico o que resta após o filtro da determinação estatística.

O termo risco designa objeto-resíduo, como uma probabilidade de adoecer que não é puramente aleatória, (se fosse puramente aleatória não haveria lugar para investigação epidemiológica de seus determinantes, nem para intervenção sobre seus processos).

O paradigma do risco tem limitações, principalmente quando se trata de sua transposição para o universo individual. Para a maior aproximação do objeto, faz-se necessário modelos de representação da realidade, e isto não trata apenas de criar os modelos explanatórios e recheá-los com variáveis sócio-culturais, mas de considerar a natureza complexa, subjetiva e contextual da relação entre saúde-doença e processos sociais como uma totalidade etnoepidemiológica. A clássica abordagem de fatores de riscos sociais, ou seja, características grupais ou individuais, mas socialmente referidas etiologicamente implicadas na determinação da patologia, cria dificuldade na aplicação do termo "fator de risco", em situações fora do contexto ao qual pertencem. Nesse sentido, Almeida Filho (1992) propõe substituir o termo por "modelos de fragilização", mais sensíveis às especificidades simbólicas e ao caráter interativo da relação

entre sujeitos humanos e seu meio. Desse modo, pode-se construir a noção de que qualquer evento ou processo social, para representar uma fonte de risco para a saúde, precisa estar em ressonância com a estrutura epidemiológica dos coletivos humanos.

Barreto e Alves (1994) relatam que, em consequência ao desenvolvimento da Epidemiologia, por métodos quantitativos, deu-se a limitação da "condição do risco a uma ordem de natureza métrica", reduzindo seu significado "aos fenômenos que podem ser mensurados, tornando-se difícil nessa estratégia trabalhar com o universo dos significados, motivos, aspirações, atitudes, valores e crenças que constituem aspectos essenciais da coletividade humana".

Essa construção não nos permite alcançar uma dimensão individual do risco. No intrincado processo onde reside a saúde/doença, o social (enquanto determinante de doença) tem-se transformado num conceito vazio de significados para o indivíduo, local concreto do processo. O social não se apresenta como algo definidor das inter-relações e definido "pelas inter-relações nas condições de existência de cada um dos elementos do modelo - hospedeiro, agente, meio ambiente -, é apenas mais um conjunto de variáveis, vazio de qualquer força explicativa" (Barreto e Alves, 1994).

É preciso então, segundo Perini (1998), estabelecer a existência de dois parâmetros distintos e, até então, isolados em dimensões diferentes do conhecimento: risco, probabilidade é produto histórico do conhecimento epidemiológico. É fruto da dimensão natural do processo saúde/doença; e a tradução dessa probabilidade em nível de indivíduo é uma falácia, ainda que pensemos apenas num "ser" natural e não num "ser" simbólico. No entanto, há outra dimensão do risco a ser buscada pela Ciência; diz respeito a fenômenos não-mensuráveis que, nos indivíduos, manifestam-se como a opção diante das conjunções que a vida (natureza e sociedade) lhes coloca diante: O

universo de significados, motivos, aspirações, valores e crenças, e essa outra dimensão não têm sido explorados pela Epidemiologia em todas as suas potencialidades.

Portanto, essa dimensão constitui desafio para uma Epidemiologia que procura caminhos para uma expansão metodológica de seu objeto (Almeida Filho, 1992). Esse desafio traz uma complementaridade entre essas dimensões, procurando transgredir limites historicamente construídos e, segundo Breilh (1988), buscando superar suas dificuldades de abordagem do "social", que visa ao "movimento do objeto".

Para Goldberg (1990), a delimitação do objeto da Epidemiologia não está acabada, pois sendo esse objeto o estudo dos fenômenos de saúde (bons ou maus) nas populações humanas, dependentes de áreas circunvizinhas, o limite dado ao campo é impreciso. O domínio da Epidemiologia se situa onde os objetos são múltiplos: saúde, fatos sociais e econômicos; esse é um debate epistemológico e as soluções para esse embate estão sendo procuradas. As especificidades de cada campo disciplinar devem ser respeitadas.

Nesse sentido, para compreender melhor a complexidade do processo saúde doença, não basta nos ater apenas à idéia de um risco epidemiológico, em sua acepção tradicional, mas também buscar compreender um risco que para preservarmos os conceitos, referindo-nos a ele como um risco não epidemiológico (simbólico).

Um estudo de risco epidemiológico traz limites que precisam ser considerados no momento de sua aplicação. Ao considerarmos o caso de populações humanas, que são mediadas pela linguagem e pela história, pela cultura, enfim pelo seu contexto, construindo singularidades individuais e sociais, como expressar, então, características universais do homem abstraindo o movimento e a diversidade? Os indivíduos não são homogêneos, e mesmo a Epidemiologia não opera com a suposição de homogeneidade dos indivíduos, ela busca, como artifício, a

comparação dos grupos através de uma distribuição homogênea das heterogeneidades individuais.

Todo o método impõe artifícios inevitáveis no sentido de viabilizar sua aplicação, e isso pode esconder características fundamentais do fenômeno estudado, podendo estreitar a possibilidade da compreensão da realidade.

A demarcação do campo disciplinar da Epidemiologia, restrito à Biologia e à Estatística, dificulta a possibilidade de abordar interações complexas, em fenômenos de saúde, em populações humanas, sem levar em conta o caráter social e histórico que envolve seu objeto.

No universo das determinações não probabilísticas, encontraremos as dimensões simbólicas, onde a probabilidade perde o poder de determinação. Nesse sentido, a construção do conhecimento se dá de modo também qualitativo, que suporta a transposição dos significados entre os níveis coletivos e individual.

O "risco", então, como comentado anteriormente, pode ser transportado em nível individual, porém em outra dimensão, a simbólica, esse então seria o "risco percebido".

Finalmente, para que a Epidemiologia possa apreender a complexidade do processo saúde-doença, ela não pode se ater apenas à idéia de um risco epidemiológico em sua acepção tradicional, podendo ser de aplicação somente em nível populacional, mas buscando compreender um risco não-epidemiológico.

2.4. Pesquisa qualitativa e epidemiologia

O caráter complexo e multidimensional do processo saúde/doença afirma o reconhecimento e a necessidade de articulação entre distintas abordagens. Influenciada pela idéia de que haverá conhecimento científico apenas a partir

de objetos mensuráveis, a epidemiologia tem sido construída por uma abordagem quantitativa dos fenômenos de saúde. Esse tipo de abordagem tem sido pouco criativa no que se refere à capacidade de levantar problemas, pois a Epidemiologia clássica, tradicional, tem-se voltado à produção de modelos explicativos óbvios e imediatistas.

O modelo da Epidemiologia clássica, que tem como pressuposto medições, é criticado, visto sua limitação em explicar o processo saúde-doença, principalmente no que diz respeito ao seu componente social. Nesse sentido, é justificável a busca da interdisciplinaridade ou de uma colaboração complementar entre disciplinas científicas com áreas de atuação convergentes ou com regiões de superposições.

Na busca da relação causal, a Epidemiologia procura associações estatísticas entre os fatores determinantes e a ocorrência de doenças em populações humanas. Com a utilização de métodos e técnicas experimentais e sócio-estatísticas, há o compromisso quantitativo, o privilégio da representatividade, as técnicas de análises probabilísticas, de validação de variáveis, a ênfase na padronização de instrumentos e nos problemas de controle.

A abordagem quantitativa tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis.

A sociologia compreensiva não se preocupa em quantificar, mas em lograr explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida no cotidiano, na vivência, e na explicação do senso comum. Os problemas da corrente compreensivista se encontram na atomização da realidade, na análise dos grupos sociais, como uma totalidade nela mesma, e na ausência quase total de

discussões referentes a problemas estruturais. Sua concentração nos significados é absoluta, levando-a a menosprezar a base material do universo simbólico (Minayo, 1993).

Os contestadores do quantitativismo sociológico relatam que as críticas não estão relacionadas à técnica, isto é, não está em jogo a desvalorização da análise multivariada, a análise contextual ou de correlações, sendo poderosos e reconhecidos instrumentos, supondo-se a necessidade de dados aglomerados ou indicadores sobre a coletividade. A crítica está no fato de se restringir a realidade social ao que pode ser observado e quantificado, apenas. Adorno (1979), citado por Minayo (1993), chega a dizer que o método positivista empírico ameaça fetichizar seus assuntos e tornar-se a si mesmo um fetiche, por reduzir a objetividade ao método e não atingir o conteúdo.

Essas críticas, vistas a partir de vários autores e teorias, segundo Minayo, 1993, podem se resumir no seguinte: "1) As abordagens quantitativas sacrifica os significados no altar do rigor matemático. 2) Existe uma crença ingênua de que as distorções podem ser evitadas pela codificação. A preferência do sociólogo pelo questionário reflete seu desprezo pela vida do homem comum e a crítica aos elementos subjetivos da observação indica a inabilidade de considerar seu trabalho objetivamente. 3) Há evidência de que os métodos quantitativos simplificam a vida social, limitando-a aos fenômenos que podem ser enumerados. 4) Quando os sociólogos fazem inferência para além dos dados, trabalham apriorística e preconceituosamente, por pertencerem à mesma sociedade que estão estudando." (Minayo, 1993).

Há diferenças metodológicas, portanto, ao se tratar a realidade, quais sejam as abordagens qualitativas e as abordagens quantitativas: A metodologias da pesquisa qualitativa são entendidas como capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade, como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, preocupando-se, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 1993).

A metodologia da pesquisa qualitativa é uma parte complexa que requer cuidados, por contemplar a fase de exploração de campo (escolha do espaço da pesquisa, escolha de grupo de amostragem e construção de estratégias para a entrada em campo), como a definição de instrumentos e procedimentos para análise dos dados.

A abordagem qualitativa possibilita aprofundar a complexidade dos fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.

O conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem; ao contrário, complementam-se, pois a realidade abrangida interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. Essa afirmação é da corrente "qualitativista", opondo-se à afirmação de outras correntes de pensamento como, por exemplo, a positivista (Minayo, 1994).

"Qualquer pesquisa social, que pretenda um aprofundamento maior da realidade, não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo. Muitas vezes, para se cumprir os objetivos do trabalho, vamos reconhecendo a conveniência e a utilidade de métodos disponíveis, face ao tipo de informações necessárias. A dicotomia que se estabelece, na prática, entre qualitativo e quantitativo, deixa à margem relevâncias e dados que não podem ser contidos em números e, de outro lado, às vezes contempla apenas os significados subjetivos, omitindo a realidade estruturada" (Minayo, 1993).

O social, e aí se inclui a saúde, é eminentemente qualitativo e o quantitativo é uma das formas de sua expressão. O qualitativo e o quantitativo são não somente duas formas de observar o real, mas duas modalidades de investigação com campos teóricos próprios e muitas vezes antagônicos. Apesar dessas diferentes maneiras de abordagem e de interpretação e análises, com divergências em nível da constituição do campo de investigação (arena de militância teórico-metodológica e de poder), esses campos são interdependentes, interagem e não podem ser pensados de forma dicotômica (Minayo, 1993).

Não existe um "continuum" entre "qualitativo-quantitativo" em que o primeiro termo seria o lugar da "intuição", da "exploração" e do "subjetivismo"; e o segundo representaria o espaço científico, por traduzir "objetivamente" e em "dados matemáticos", embora não possa também ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais "ecológicos" e "concretos" e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para ser aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (Minayo e Sanches 1993).

A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região "visível, ecológica, morfológica e concreta" (Minayo & Sanches, 1993). A abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas, um lado não-perceptível e não-captável em equações, médias e estatísticas. Numa pesquisa quantitativa, ao se analisar um problema particular complexo, o pesquisador pode optar por métodos e técnicas qualitativas e vice-versa.

Do ponto de vista epistemológico, nenhuma das duas abordagens é mais científica que a outra, sendo, em ambas, necessário utilizar todo arsenal de métodos e técnicas desenvolvidas,

para que sejam consideradas científicas (Minayo & Sanches, 1993).

A estratégia de investigação adotada pelo pesquisador é determinada pelo objeto e, quando esse "objeto" se refere à saúde, há possibilidade de ser quantificado, porém, quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas em variáveis, essa quantificação é ultrapassada. A interface que o objeto da Epidemiologia tem, com vários campos do saber, dificulta sua delimitação, impedindo, segundo Miettnem, 1985, Goldberg, 1982, Almeida Filho, 1992, a evolução da Epidemiologia enquanto ciência, porque a impede de desenvolver teorias e métodos específicos. Na prática, porém, essa interdisciplinaridade, inerente ao seu objeto, faz da Epidemiologia uma ciência que congrega várias áreas do saber, tendo como objetivo a compreensão de fatores "determinantes" do processo saúde-doença, sem perder suas particularidades.

Para a apreensão do processo saúde/doença, uma única abordagem (seja qualitativa ou quantitativa) torna-se insuficiente, tendo em vista a complexidade que a envolve. Nesse sentido, para compreender melhor a complexidade do processo saúde/doença, é preciso buscar subsídios no objeto das ciências sociais, tais como representações, instituições políticas, ideologias e outras que não têm referência biológicas imediatas, apesar de serem determinantes privilegiadas do processo saúde-doença. Ao se colocar de forma interdisciplinar com as ciências sociais, e ao apreender a realidade, elas concomitantemente trabalham com seus métodos e geram teorias.

2.4.1 Antropologia e Epidemiologia: explorando a interdisciplinaridade

Estudos antropológicos pertinentes às sociedades contemporâneas baseiam-se na análise de representações através de indagações verbais,

reconstruindo, desse modo, as "visões de mundo". Esse procedimento é complementado pela pesquisa de campo, através da observação do comportamento concreto e das indagações verbais, podendo se privilegiar um procedimento em detrimento do outro (Feldman Bianco, 1987).

Velho e Viveiros, (1978), relatam que a antropologia tradicionalmente, se dedicou ao estudo das chamadas "sociedades simples", tribos pequenas, onde os indivíduos participavam quase que identicamente de uma única visão de mundo, tendo a cultura como seu projeto privilegiado de análise.

Esse referencial foi levado para o estudo das sociedades contemporâneas, sem perder a sua especificidade, estudando as sociedades complexas, através do estudo microscópico e detalhado de interstícios sociais e relações interpessoais, privilegiando "a observação do comportamento concreto" de indivíduos específicos, suas interações e estratégias em contextos também específicos, o que levou a um refinamento da noção de cultura empregada pela antropologia. O movimento histórico da antropologia pode ser resumido na idéia de uma crescente percepção da especificidade das diferenças culturais (Velho et al, 1978).

A cultura, segundo Levi-Strauss, 1974, distintivo das sociedades humanas, é como um mapa que orienta o comportamento dos indivíduos em sua vida social.

Os primeiros analistas da cultura tendiam a vê-la como um agregado de traços independentes e isolados que poderiam ser intercambiados, sem maior interferência na sociedade analisada. Um avanço foi a aplicação da teoria de sistemas para análise de cultura. Os referidos "traços" são solidários e qualquer mudança provoca o rearranjo do sistema. Parte e todo são extremamente imbricados, portanto as relações internas precisam ser examinadas (Velho et al, 1978).

Sob influência dos estudos da Linguística esse sistema passou a ser analisado como um sistema de significação, como um código, que segundo Levi-Strauss, (1974) “é um conjunto de regras de interpretação da realidade, que permitem a atribuição de sentido do mundo natural e social”.

Entendendo cultura como código, como sistema de comunicação, percebe-se seu caráter dinâmico, ao produzir interpretações, significados, símbolos diante de uma realidade permanentemente em mudança. O comportamento individual está subordinado a determinados códigos (muitas vezes inconscientes) que programam a maneira de agir, pensar e de sentir, consideradas adequadas ou justas e são mensagens significantes e expressam a natureza do sistema social. Além de trabalhar com representações, dando voz ao outro, a Antropologia conjuga essas representações com a observação da prática do outro. As representações não são necessariamente conscientes, perpassando o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual que se reproduz e se modifica a partir das estruturas e das relações coletivas e dos grupos (Velho et al 1978).

Segundo Levi-Strauss, 1974, “viver em sociedade é viver sob a dominação dessa lógica e as pessoas se comportam segundo as exigências dela, muitas vezes sem que disso tenham consciência”. Podemos então inferir que a vida coletiva, se faz de representações, ou seja, das figurações mentais de seus componentes.

Entretanto não se pode restringir a análise apenas ao domínio dessas figurações mentais privilegiando apenas o discurso, isto é, o que as pessoas dizem que fazem, e por outro lado não se pode também privilegiar a observação do comportamento separadamente. A pesquisa baseada nas representações tende a considerar as pessoas como objeto de pesquisa, isto é, como informantes e a sua fala usada apenas como exemplificação do argumento do pesquisador.

Ao passo que outra matriz teórica, a teoria da ação, analisa processos sociais e considera as pessoas como sujeitos, como atores sociais; cientes do descompasso entre o pensado e o vivido (Rodrigues, 1979).

Desta forma a Teoria da Ação, enfatiza a observação do comportamento concreto e das ações e interações sociais, conjugada à análise do discurso dos atores observados

As análises éticas (que privilegiam as interpretações do pesquisador), dão lugar às análises êmicas (que privilegiam as interpretações dos informantes (Harris, citado por Feldman Bianco (1987).

A Antropologia tenta resguardar a característica microscópica dos estudos e a sua especificidade que é a de procurar desvendar os meandros mais profundos da vida social, através da observação participante. Os indivíduos e suas estratégias foram trazidos ao centro da análise e as pesquisas começaram a ter como referencial indagações relativas a como a sociedade se transforma. Os indivíduos são vistos como personalidades e não apenas como ocupantes de papéis.

Portanto, a apropriação do instrumental antropológico, num trabalho de Epidemiologia, com toda a dificuldade que a interdisciplinaridade carrega, e que às vezes acaba sendo apenas uma articulação de fragmentos, tem sido a tônica de vários trabalhos realizados no campo da saúde, quando se pretende analisar os contextos culturais que buscam compreender os significados, tanto de ações quanto de pensamentos frente aos problemas específicos de uma determinada população ou grupo. O “casamento” dessas duas disciplinas, ou a apropriação de uma delas pela outra, gera conhecimentos que beneficiam tanto uma quanto outra disciplina. Os ganhos são maiores que as perdas, mesmo que essa articulação seja apenas de fragmentos. O diálogo que deve se estabelecer entre ambas, relativizando o inegável caráter biológico, por

um lado, e o caráter cultural e de construção social de uma determinada patologia, elimina o dilema criado entre a Antropologia e o campo da saúde, criando uma produção rica e promissora (Sevalho e Castiel, 1998).

Sem deixar de considerar as diferenças que existem entre as duas abordagens, que pode representar problemas a uma cooperação mútua, a Epidemiologia e a Antropologia são convergentes em alguns pontos. Porém, ao tentar uma aproximação, devemos considerar também as diferenças nos modos de abordagens, conceitualizações e modalidades explicativas dos problemas de saúde/doença.

Vale salientar que as duas abordagens têm características similares e aproximações metodológicas: Elas têm como unidade de estudo conjuntos de populações que podem ser pensados em grupos de idades, grupos domésticos, estratos sociais dentre outros. Elas consideram que as doenças constituem um processo social e histórico, à medida em que a Epidemiologia se refere ao processo saúde/doença/atenção como um modelo de História Natural da Doença e, no caso da Antropologia, a História Social do Sofrimento/Enfermidade. O entendimento da doença é então visto como um processo (Menéndez, 1998).

A questão da multicausalidade dos problemas de saúde é outro ponto importante entre as duas abordagens. Elas reconhecem ainda que as condições de vida têm relação com a causalidade, o desenvolvimento, o controle e, ou, a solução dos problemas de saúde. O conceito "estilo de vida" é aquele que parece ter tido mais acolhida dos epidemiólogos e é parte constitutiva de todas as doenças crônicas e de determinadas violências. Esse conceito foi desenvolvido por tendências que utilizavam preferencialmente técnicas qualitativas, como as ciências sociais e antropológicas. Hoje, esses conceitos são utilizados pela Epidemiologia e pela saúde pública. (Menéndez, 1998).

Ainda segundo Menéndez, a importância dada ao conceito "estilo de vida" pelas ciências da saúde se deu a partir da constatação da Transição Epidemiológica, em que as enfermidades crônico-degenerativas passaram para um primeiro plano, havendo, então, um favorecimento das técnicas qualitativas e conseqüentemente do conceito de estilo de vida, tanto na causação como para o controle e autocontrole das doenças (Menéndez, 1998).

Ao se trabalhar com o conceito de estilo de vida, a Epidemiologia tenta reduzi-lo ao conceito de risco, enquanto que a Antropologia trata de manejá-lo como um conceito holístico²

As duas abordagens em conjunto propõem uma concepção preventivista da doença. Há vários outros pontos de acordo entre as disciplinas, mas podem ser enumerados diferentes graus de discrepâncias entre as propostas da Antropologia e da Epidemiologia. Uma delas seria a abordagem quantitativa, em que a Epidemiologia descreve seus conjuntos.

A Epidemiologia, por si só, já admite o seu envolvimento com o social, porém, fornece pesquisa de natureza quantitativa e privilegia a taxonomia clínica da biomedicina ocidental, por excelência, desprezando, na maioria das vezes, o ponto de vista do indivíduo, os aspectos simbólicos privilegiados pela Antropologia, onde residiria a singularidade dos indivíduos e da cultura (Sevalho & Castiel, 1998).

A Epidemiologia não se preocupa com a aproximação histórica no que diz respeito ao processo saúde/doença/atenção. As ciências antropológicas e sociais têm proposto uma concepção construcionista da doença, sem esquecer a vida cotidiana onde se processa o padecimento, o que a conduz a observar

² - Visão holística: A compreensão do significado de um comportamento ou evento, só é possível em função da compreensão das inter-relações que emergem de um dado contexto.

historicamente o papel da biomedicina (Menéndez, 1998).

A Antropologia, por sua vez, indaga problemas a partir da perspectiva do indivíduo, utiliza categorias mais amplas e menos definidas (Bibeau, 1993), focalizando a análise na experiência da enfermidade, nos sentidos culturais e nas relações sociais, que constituem a experiência (Kleinman, Eisem citados por Grimberg, 1998). Ocupa-se com aspectos subjetivos e intersubjetivos das representações e práticas, opondo-se à Epidemiologia, vista como reducionista, positivista. Por ser holística e humanista, a Antropologia possibilita a complementaridade entre ambas as disciplinas. A questão da cultura é o ponto de contato entre a Epidemiologia e a Antropologia.

2.5 Teoria da transição demográfica e epidemiológica

Do ponto de vista demográfico, envelhecimento é caracterizado pelo aumento da proporção da população de 60 anos e mais, em relação à população total, em decorrência da queda da fecundidade, no passado, levando à diminuição da participação relativa das faixas etárias mais jovens, aliado ao aumento da expectativa de vida e à queda da mortalidade. Em 1980, a Organização das Nações Unidas fixou em 60 anos de idade o limite de senescência para efeito de programas de atenção à saúde do idoso (Monteiro & Alves, 1995). No Brasil, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo adotaram essa padronização. Em 04 de janeiro de 1994, foi sancionada a Lei Federal nº 8.842, sobre a Política Nacional do Idoso, determina que deve ser considerada idosa, para efeito da mencionada Lei, toda pessoa de 60 anos de idade ou mais (MPAS, 1997).

As mudanças de comportamento das taxas de mortalidade e fecundidade, ao longo do tempo, traduz-se em mudanças na dinâmica

demográfica, e esta é a tendência da população brasileira, que até 1970 era considerada jovem.

Esse fenômeno é conhecido como transição demográfica, caracterizado pela passagem de uma estrutura em que predominam jovens, para outra em que os percentuais de idosos encontram-se aumentados. Portanto, o que afeta a proporção de idosos e a estrutura etária são: as variações da mortalidade, o declínio da fecundidade, a migração, que é seletiva por faixa etária e sexo, aumentando a proporção de idosos nas regiões de emigração e diminuindo-as nos centros de atração, alterando também as razões de masculinidade nas regiões envolvidas (Coale, 1984).

O declínio da fecundidade tem sido demonstrado no país, há várias décadas, e essa evolução teve algumas particularidades condicionadas pela evolução que a própria sociedade vem experimentando (Wong, 1985).

Tal fenômeno, já bastante analisado pelos demógrafos, apresenta várias causas. Uma das mais apontadas tem sido as mudanças no comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras. A taxa de fecundidade total (TFT), que expressa o número médio de filhos por mulher, caso mantidas as taxas específicas de fecundidade por idade vigentes em dado momento, vem apresentando declínio consistente, em todas as regiões do país, tanto na área urbana quanto na rural e a todas as classes sociais. Segundo Carvalho, 1993 a taxa de fecundidade total caiu de 5,8 para 2,7 filhos por mulher, entre 1970 e 1991, redução superior a 50%. No Sul e Sudeste urbanos, alcançou 2,4, quase igualando o nível de reposição calculado em aproximadamente 2,2 filhos por mulher, dados os níveis de mortalidade.

A partir dos anos 60, houve queda generalizada nas taxas de fecundidade total, com algumas disparidades em termos de declínio proporcional entre as diversas regiões do país, mas, ao final da década de 1980, já se observava o processo de convergência dos níveis. Deve-se salientar,

ainda, que o processo de transformação da composição etária da população brasileira não ocorre de maneira uniforme em todo o país, dados os diferentes níveis de fecundidade e as migrações internas (Carvalho, 1988).

O envelhecimento populacional tem ocorrido no Brasil com rapidez, e se iniciou em algumas regiões mais desenvolvidas do país. Tal fenômeno se estendia a todos os estados e classes sociais, tanto na zona urbana como na rural. O índice de envelhecimento da população aumentou de 6,4, em 1960, para 13,9, em 1991. A esperança de vida já ultrapassava os 65 anos, sendo que, em 1970, era de 53,7 anos.

Segundo Fries (1983), o aumento na expectativa de vida, sem dúvida, tem um caráter positivo, significando mais anos de vida para um número cada vez maior de pessoas. No entanto, a qualidade desses derradeiros anos de vida pode ser bastante baixa. Existem doenças crônicas que, antes de representar um risco de vida, constituem potencial ameaça à independência e à autonomia do indivíduo.

Segundo Laurenti (1984), enquanto nos países desenvolvidos as mudanças demográficas ocorreram de forma gradual, no Brasil ocorreu de modo abrupto, sem transformações estruturais mais contundentes, principalmente das Políticas Públicas de Saúde. Paralelamente ao processo de envelhecimento populacional, coexistem populações jovens em franco crescimento. Esse aparente paradoxo torna ainda mais difícil uma solução que seja a um só tempo factível dentro das limitações e recursos existentes, e a priorização de Políticas e Estratégias de Saúde Pública para equacionar as demandas desses dois contingentes populacionais (Yazaki e Omran, 1980).

Foi na Europa, no século XVII, que se manifestou a primeira transição demográfica, repetindo-se em outras regiões, à medida que passavam por um processo de revolução industrial, em consequência do aperfeiçoamento

da técnica fabril, agrícola, artesanal e de melhoria das condições de higiene.

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento por queda da natalidade teve início por volta dos anos de 1735-1800. Esse declínio continuou quase que ininterruptamente até 1933-1935, quando o valor mínimo foi atingido (WHO, 1982).

A queda da natalidade, na Europa, variou de acordo com a região considerada. Para a natalidade cair de 30 para 20, decorreram mais de 70 anos na França, 40 na Suécia, e 30 na Inglaterra e na Dinamarca. No Brasil, o declínio da fecundidade ocorreu a partir da década de 60. Antes de 1960, a taxa de fecundidade era de 6,1 filhos/mulher/ano, taxa esta que caiu para 3,5 em 1984. Daí por diante foram observadas alterações significativas da estrutura etária da população brasileira. Verifica-se, portanto, uma queda brusca da fecundidade, em um período muito curto (Laurenti, 1990).

A evolução demográfica brasileira tem característica distinta da de países desenvolvidos, onde o número de jovens é pequeno, estável e mesmo decrescente, há algumas décadas. Essas diferenças ocorrem pelo fato de a transição demográfica naqueles países ter ocorrido em períodos anteriores e de forma lenta.

O Brasil, apesar de apresentar importante crescimento relativo da população idosa, tem, e ainda terá, por algum período, uma população jovem numerosa, como consequência de um padrão de fecundidade elevada até a década de 60 (Omran, 1971), e do relativamente tardio processo de transição demográfica.

É certo que a proporção de pessoas idosas no Brasil ainda é substancialmente inferior à registrada nos países dito desenvolvidos, mas a questão já suscita a necessidade de um novo delineamento de ações, visando ao atendimento das novas demandas sociais da população, pois o rápido aumento do número relativo de pessoas de idade avançada, nos países em

desenvolvimento, representa um desafio na formulação de políticas e programas de saúde coletiva.

As transformações demográficas estão intrinsecamente relacionadas a modificações na incidência e prevalência de doenças na população, bem como nas principais causas de morte, particularmente em consequência do declínio da mortalidade, durante longo período de tempo. Essas alterações deram origem ao conceito de transição epidemiológica. O conceito de transição epidemiológica refere-se a modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte, caracterizando uma população específica e ocorre, em geral, em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. O processo engloba três mudanças básicas: "1) substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; 2) deslocamento de maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e 3) transformação de uma situação, em que predomina a mortalidade, para outra em que a morbidade é dominante" (Frenk et al, 1991).

A estrutura da mortalidade por causas de óbito vem se alterando em nível mundial e guarda uma relação com a distribuição etária da população de referência. Altas taxas de mortalidade estão associadas a maiores proporções de mortes causadas por doenças infecciosas e parasitárias. Baixas taxas de mortalidade estão associadas a ínfimas proporções de mortes causadas por doenças infecto-contagiosas, predominando as doenças crônico-degenerativas.

O declínio da mortalidade não pode ser sempre atribuído à melhoria das condições econômicas das populações. A saúde pública e as tecnologias médicas têm contribuído para a manutenção da vida média dos homens, sem um acompanhamento das condições econômicas. Portanto, países subdesenvolvidos têm podido aproveitar-se dos conhecimentos médicos e de

saúde pública, sem ter havido modernização de suas economias (Yazaki & Saad, 1990).

A maioria dos estudos que descrevem a situação de saúde da população brasileira, baseia-se na análise da mortalidade, pois tal evento, em sua maioria, origina um documento legal, que é a certidão de óbito, possibilitando a construção de séries históricas (Duchiade, 1995).

É importante para a saúde pública o estudo da evolução da mortalidade geral com a identificação das causas de morte. Apesar das deficiências da qualidade dos dados e do grande contingente de óbito, cujas causas são desconhecidas, tais dados permitem conclusões importantes (Elizaga, 1972).

Há uma correlação direta entre os processo de transição demográfica e epidemiológica. De modo geral, a queda inicial da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população. Esses sobreviventes passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico degenerativas e, à medida que cresce o número de idoso e aumenta a expectativa de vida, tornam-se mais frequentes as complicações daquelas doenças, modificando-se o perfil de saúde da população, ao invés de processos agudos que se "resolvem" rapidamente através da cura ou de óbitos, tornando-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização de serviços de saúde.

No Brasil, a transição epidemiológica ocorre de maneira diferente das experimentadas pela maioria dos países industrializados, pois, há uma superposição entre as etapas onde predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, bem como reintrodução de doenças como dengue e cólera, e o recrudescimento de outras, como malária, hanseníase, leishmaniose; a morbi-mortalidade persiste elevada por ambos os padrões.

O progresso da medicina, dentre outras mudanças estruturais na sociedade, tem conseguido prolongar a vida, retangularizando a curva de mortalidade, ou seja, é cada vez maior a proporção de pessoas, no Brasil, vivendo até 65 ou 70 anos. Numa população em que mais pessoas passam a atingir idades cada vez mais avançadas, a tendência é ocorrer mudanças no padrão de morbidade e mortalidade dessa população. O idoso tem tendência a apresentar, proporcionalmente, mais episódios de doenças que a população em geral, episódios esses em sua maioria crônicos. Esses fatos oneram o sistema de saúde, já que o custo médio do cuidado com o idoso é bem maior que o de qualquer grupo etário (Chaimovicz, 1987).

O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade. Mas, tal por si só não é bastante; é também importante almejar uma melhoria da qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecer. Manutenção da autonomia e independência é tarefa complexa, que resulta dessa conquista social (Kalache et al, 1987). A manutenção da autonomia está intimamente relacionada à qualidade de vida. Portanto, uma forma de se procurar "quantificar" ou "qualificar" a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções do dia-a-dia, tornando-o independente do seu contexto sócio-econômico-cultural.

Todas as constatações observadas, no que diz respeito à transição demográfica e epidemiológica, provêm de estudos em nível macrorregional, na área demográfica, onde sempre foram utilizadas metodologias quantitativas, técnicas de análises demográficas, através de dados de fontes secundárias. Para esse tipo de informação, para se cumprir objetivos, é claramente reconhecida e válida a utilidade dos métodos disponíveis, porém, qualquer informação social que pretenda um aprofundamento maior da realidade não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo. Os dados globais ocultam e falseiam a existência

de fenômenos específicos, regionais, de extrema relevância para a compreensão da situação do país. Em consequência, isso influencia as proposições de políticas sociais.

2.6. Terceira idade/ velhice

Com frequência, a pessoa é considerada idosa perante a sociedade a partir do momento em que encerra suas atividades econômicas. Em outras ocasiões, é a saúde física e mental o fator de peso, sendo fundamental a questão da autonomia: o indivíduo é considerado como idoso quando começa a depender de terceiros para o cumprimento de suas necessidades básicas ou tarefas rotineiras (Saad & Camargo, 1990).

As mudanças que ocorrem com a idade não se devem apenas ao processo de envelhecimento. Alterações sociais e patológicas desempenham um papel importante e, em muitas situações, a deflagração desses problemas pode ser atenuada com adoção de medidas preventivas. O principal objetivo dessas medidas é melhorar os estados mórbidos e a qualidade de vida, de modo que os idosos tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas (Laurenti, 1990).

Um grupo de pesquisadores da Organização Mundial de Saúde chegou à conclusão, em estudos epidemiológicos, que para se chegar a um envelhecimento sadio é preciso se manter a autonomia e a independência durante o maior tempo possível e ter o maior controle possível sobre suas vidas (WHO, 1982). Essa autonomia é conseguida com maior frequência nas camadas médias altas e, à medida que descemos a escala social, há uma redução dos meios de preservação e de assistência social, em virtude de ausência de cuidados médico-sociais, ocorrendo, consecutivamente, privações, que não permitem a conservação da saúde (Magalhães, 1989).

As estruturas de sociabilidade, que previnem o isolamento social, também desaparecem com maior rapidez, em razão das transformações familiares, das condições de produção e trabalho e do estilo individualista da vida urbana. A redução da sociabilidade se agrava com as perdas biológicas, morte de parentes, amigos e colegas, perdas mais rápidas e freqüentes entre as populações de baixa renda (Magalhães, 1989).

Do ponto de vista social, Beauvoir (1990) afirma que o estatuto da velhice é imposto ao homem pela sociedade a qual pertence. Portanto, não se podem considerar dados orgânicos e os fatores psicológicos independentes um do outro, pois esses se impõem mutuamente. A sociedade destina ao velho o seu papel, e o indivíduo é condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade em relação a ele.

A abordagem multidisciplinar da velhice se faz importante, pois a velhice, além de ser um contínuo de etapas naturais de desenvolvimento, tem uma dimensão social e cultural.

A construção da Terceira Idade é uma invenção que identifica novas demandas sociais, que decorrem de transformações nas relações entre o grupo doméstico e as gerações e, também, das diferenças no envelhecimento, segundo a classe social, com efeitos sobre a família (Lenoir, 1979).

Terceira idade é uma expressão que se originou na França, nos anos 70, com a implantação das Universités du Troisième Âge e na Inglaterra, na cidade de Cambridge, em 1981, com a criação das Universities of the Third Age (Laslett, 1987). O termo é usado como forma de tratamento às pessoas de mais idade, que ainda não adquiriram uma conotação depreciativa, no entender das pessoas que o utiliza. O uso do termo "Terceira Idade" serve também para identificar novos modos de vida de uma geração de mais idade, porém ativa, livre. Serve, portanto, para "demarcar" uma etapa da vida de hoje: a do idoso "jovem".

As formas pelas quais a vida é periodizada, as categorias de idade presentes em uma sociedade são, segundo a Antropologia, um material privilegiado para pensarmos na produção e reprodução da vida social. As fases da vida como infância, adolescência e velhice não se constituem em propriedades substanciais que o indivíduo alcança com o avanço da idade cronológica. A Antropologia mostra que essas fronteiras "biológicas", pelas quais os indivíduos passam, não são as mesmas em todas as sociedades, porém, têm efetividade, uma vez que se operam recortes no todo social, estabelecendo direitos e deveres diferenciais, no interior de uma população, definindo relações entre as gerações e distribuindo poderes e privilégios. Categorias e grupos de idade implicam, portanto, na imposição de uma visão de mundo social que contribui para manter ou transformar as posições de cada um, em espaços sociais específicos (Debert, 1997b).

O delineamento das faixas etárias se deu a partir da teoria do evolucionismo, na passagem do século XVIII e XIX. O conceito de velhice se constituiu, nessa conjuntura histórica e teórica, em um momento de decadência da existência humana, caracterizado por especificidades no seu funcionamento biológico. Anteriormente, esse critério delimitador de períodos vitais era inexistente. Na Segunda metade do século XIX, "...a psicologia do desenvolvimento se constituiu, para pesquisar as estruturas cognitivas e afetivas das individualidades psíquicas, de acordo com as diferentes faixas etárias..." (Birman, 1995).

Posteriormente, numa outra etapa desse processo histórico, foi a constituição de uma nova representação do sujeito e da sociedade fundada na *idéia de história*. As transformações radicais que ocorreram na passagem dos séculos XVIII para o século XIX foram marcadas pela temporalização e historicidade da existência humana e, com essa transformação social, a *categoria de vida* passou a ocupar um lugar crucial na mentalidade e nos projetos políticos da sociedade moderna. Os governos dessa época

valorizavam não a riqueza natural existentes, mas sim a qualidade da população, exaltando então o investimento nas condições biológicas e sanitárias de sua população (Birman, 1995).

Nesse contexto, iniciou-se o processo progressivo de medicalização no Ocidente, e a medicina passou a ocupar uma posição estratégica no campo social. Foi nesse contexto histórico que a existência humana passou a ser periodizada, e as diferentes etapas etárias passaram a adquirir valores diversos, de acordo com suas possibilidades, para a produção e reprodução de riquezas. A velhice passou a ocupar um lugar marginalizado na existência humana, perdendo também seu valor simbólico, por não produzir mais riqueza.

A velhice tem especificidades, conforme estudado por vários autores. Entretanto, afirmações gerais sobre o que é específico aos indivíduos, na última fase da vida, não impedem que o envelhecimento tenha ampla variação nas formas através das quais é vivido, simbolizado e interpretado em cada sociedade.

A transformação do envelhecimento em objeto de saber científico põe em jogo múltiplas dimensões: do desgaste fisiológico e o prolongamento da vida ao desequilíbrio demográfico e o custo financeiro das políticas sociais. Essa autonomização da velhice é um dos obstáculos que o pesquisador encontra na construção de seu objeto de estudo e que o leva, na maioria das vezes, a limitar seu campo de trabalho ao estudo da última etapa da vida. Quando a análise cultural está em jogo, esse campo tem de ser ampliado.

Pode-se, portanto, assinalar que, como as demais etapas que antecedem o envelhecimento, como a infância, adolescência e juventude, a meia idade não é universal e é construídas de acordo com o contexto cultural e histórico específicos (Featherstone, 1998).

Os programas criados para a terceira idade produzem um discurso de caráter mais positivo

da velhice, e essas imagens do envelhecimento ganharam espaços na mídia, em resposta ao interesse da sociedade pelas tecnologias de rejuvenescimento, abrindo, então, novos campos para articulação de demandas políticas e para a constituição de novos mercados de consumo, além do incremento de formação de especialistas na velhice.

A entrada para a última etapa da vida, num primeiro momento, foi associada à época da aposentadoria que tinha uma associação com a velhice. Num segundo momento, desvinculou-se a aposentadoria do fim da vida, identificando-a como "Terceira Idade", um período de lazer, de novas descobertas, novos aprendizados, embora, seja um erro associá-la apenas a aposentados, mas, sim, a todas nessa idade, ou trajetória da vida, porque a maioria do contingente populacional que se encontra nessa faixa etária é constituída por mulheres que, na sua grande maioria, não se ingressaram formalmente na força de trabalho (Motta, 1998).

2.6.1 O corpo, cultura na invenção da terceira idade

O Corpo na velhice

Segundo Beauvoir (1990), velhice não é somente um fato biológico, mas é também cultural. A representação da velhice como perda de saúde engloba aspectos que alguns indivíduos evidenciam como independentes de determinação etária. A influência das condições de vida a que o indivíduo foi submetido, durante toda a vida, determina perda da qualidade de vida que, progressivamente, vai desgastando o organismo e levando a um envelhecimento precoce (Caldas, 1997).

As concepções de corpo, saúde e doença, em geral percebidas como noções biológicas, também têm sido apontadas como construções sociais. As manifestações do corpo são

fenômenos sociais e não apenas reflexos mecânicos de um corpo físico.

Não há uma consciência e percepção social universal da imagem do corpo. A imagem que uma sociedade tem do corpo tem importante papel na comunicação entre as pessoas. Nosso corpo é observado e percebido pelo outro, enquanto interagimos. É através do relacionamento entre o corpo biológico e o ambiente social, mediados pela cultura, que conheceremos a organização social e, ou, a construção do indivíduo social (Featherstone, 1998).

Sabe-se que a velhice, num primeiro impacto, está associada às modificações do corpo, indicados nos tratados médicos como: perda, degeneração, diminuição progressiva, involução. O processo de envelhecimento transforma a estrutura física do corpo humano de muitas maneiras, e isso pode mudar nossa percepção do valor do ser humano, o que traduz a velhice como problema social, quando o olhar sobre o corpo estiver pautado exclusivamente na ciência biológica. O envelhecimento não pode ser visto independentemente dos parâmetros culturais e sociais, que o modela de diferentes modos, em diferentes sociedades (Barreto, 1992).

O envelhecimento deve ser considerado (como aspecto da vida social), como construção social, mas considerando as exigências do processo de envelhecimento e do corpo humano. O corpo humano aqui coloca limites às possibilidades para a vida social.

A contribuição da Antropologia se dá sobre a universalidade da percepção sobre o corpo, que é construído cultural, social e historicamente (Rodrigues, 1979).

A suposição de que a boa aparência seja igual ao bem estar, de que aqueles que conservam seus corpos com dietas, exercícios e outros cuidados viverão mais, encoraja os indivíduos à autovigilância da saúde corporal e da boa aparência. Assim, a representação da velhice

está vinculada a estigmas socialmente ligados à decadência física e à percepção que as pessoas envelhecidas têm da sua própria imagem, que se modifica, à medida que o tempo passa. A representação de si próprio é refletida através da representação do outro.

Portanto, ao estudar a população idosa, é imprescindível considerar a importância que tem o significado do corpo, culturalmente construído, enquanto símbolo que constrói visão de mundo

2.6.2 Terceira idade e gênero

Estudos demográficos têm apontado que a população feminina de mais de 60 anos é superior à masculina, havendo grande disparidade entre os sexos, como consequência da maior expectativa de vida ao nascer, que permite às mulheres sobreviver aos seus contemporâneos masculinos. As mulheres constituem a maior parte da população idosa mundial. Quanto mais a idade aumenta, mais as mulheres são numerosas. O envelhecimento passa a ser um fenômeno que se conjuga antes de tudo no feminino. As estimativas das Nações Unidas são de que as mulheres de países desenvolvidos, nascidas entre 1980-1985 devem viver, em média, cinco a sete anos mais que os homens, e aquelas dos países subdesenvolvidos de três a seis anos (Peixoto, 1997).

Para Veras (1994), há três fatores que atingem diretamente a sobrevivência do sexo feminino, diferenciando-a do masculino: a) diferença de exposição às causas de risco de trabalho – acidentes de trabalho e outros, ocorrem em maior proporção entre homens; b) diferenças de consumo de álcool e tabaco – produtos associados, principalmente às doenças cardiovasculares, doenças para as quais as mulheres tem maior proteção, em relação à isquemia coronariana, através dos hormônios femininos; c) diferenças de atitudes em relação à doença, as mulheres são mais atentas ao

aparecimento de sintomas de saúde, o que as levam a utilizar constantemente os serviços médicos, o que oportuniza diagnóstico precoce, aumentando a expectativa de vida.

Entre 1940 e 1960, a população masculina apresentou taxa de crescimento superior à feminina. Esse quadro, entretanto, inverteu-se a partir de 1960. Em 1991, observou-se que havia 79 homens para 100 mulheres. Tal fenômeno decorreu do menor índice de mortalidade feminina em todos os grupos etários.

Observou-se, através do Censo de 1991, que há concentração de idosos na área urbana, principalmente do contingente feminino, sendo que a população de idosos do sexo masculino encontra-se nas áreas rurais.

Entre 1964 e 1975, a esperança de vida masculina passou de 52,9 anos para 57,1 anos, com um ganho de 3,6 anos no período. No mesmo intervalo, a esperança de vida feminina passou de 58,4 anos para 63,4 anos com um ganho de 4,3 anos (Camarano e Beltrão, 1988). Quanto à expectativa de sobrevida, há diferença significativa entre homens e mulheres, sendo que, em 1991, a expectativa de sobrevida de uma mulher de 60 anos foi de 18,19 anos; e aos 65, de 14,64 anos, sendo que, nos homens, aos 60 anos, foi de 15,95 anos; e aos 65, de 12,92 no mesmo ano (Beltrão e Camarano, 1997).

As práticas concretas, observadas no contexto brasileiro, no que diz respeito à preocupação recente com o envelhecimento e com a melhoria da qualidade de vida, muda não apenas a sensibilidade investida na velhice, mas tende a transformar o envelhecimento em uma experiência radicalmente distinta para homens e mulheres. Portanto, ser velha/velho difere muito, de acordo com sua situação de classe e grupo de referência (Debert, 1994).

É importante destacar que a velhice é diferente, de acordo com o contexto social em que viveu e vive o indivíduo. Dessa forma, não existe uma velhice, mas uma velhice masculina, e outra

feminina: uma dos ricos, outra dos pobres; uma do intelectual, outra do funcionário burocrático, ou do trabalhador braçal (Caldas, 1997).

Através de Programas para a Terceira Idade e do movimento dos aposentados, pode-se comparar o processo de reconstrução de identidades e as representações sobre a velhice, pois estes, mobilizam um público distinto do ponto de vista de gênero e as experiências vividas pelos idosos são também bastante distintas.

Estudos realizados sobre os Programas para Terceira Idade demonstram que a participação masculina raramente ultrapassa os 10%, e o entusiasmo manifestado pelas mulheres, na realização das atividades propostas, contrasta com a atitude de reserva e de indiferença dos homens. Já o movimento dos aposentados mobiliza basicamente um público masculino. Esse movimento tem a ver com a categoria público/trabalho. Nos dois casos, observa-se uma luta contra os preconceitos e estereótipos através dos quais, supostamente, a velhice é tratada no contexto brasileiro. A tônica dos programas baseia-se na "Ação Mundial sobre o Envelhecimento" e concebe o idoso "como um todo integrado", necessitando de um atendimento médico especializado e que, ao mesmo tempo, busca reencontrar seu lugar na sociedade, recuperando, assim, a sua auto-estima (Prata, 1990).

Nos discursos dos profissionais, os idosos são sempre tratados como vítimas do desrespeito, da miséria, do abandono por parte da família e do Estado. Por parte dos idosos, há uma demonstração de que suas potencialidades estão realizadas. Os programas são para eles a prova de que o envelhecimento pode ser recodificado em uma nova experiência, coletivamente compartilhada (Peixoto, 1997).

As reações aos preconceitos e estereótipos, entretanto, são tratados distintamente entre os dois grupos. A experiência coletiva vivida nas associações é, sobretudo, a de aposentado e de ex-trabalhador, e não a de idoso. Na experiência

coletivamente vivida pelas mulheres nos programas, o que está em jogo é a realização pessoal e a auto-satisfação, como se as mulheres tivessem, finalmente, conquistado o direito ao "role's role", que os gerontólogos vêem como o drama da velhice e que, para elas, é um privilégio que deve ser vivido com intensidade, depois de uma vida tão cheia de obrigações para com os outros. A velhice, portanto, as liberta dos papéis reprodutivos e na viuvez sentem-se mais livres para viver o mundo externo doméstico, ao qual estiveram confinados no exercício de seus papéis de doméstica, mãe e companheira. Se para elas um "novo mundo" se abre, para os homens se fecham com a aposentadoria.

A participação das mulheres, nos grupos de Terceira Idade, reflete também a influência dos meios de comunicação que vêm divulgando questões de saúde seletivas ao envelhecimento e aí se inserem os padrões de recreação, autocuidados, prevenções de patologias, que são determinantes do estado de saúde.

A divisão social que se estabelece nesse curso da vida, é caracterizada não pela divisão social do trabalho onde a esfera pública era de domínio masculino e ocorria a exclusão das mulheres e a esfera privada, definida como o universo das mulheres e o feminino. A situação social atual dessas mulheres, configura padrões de gênero, internalizados pela forma em que foram socializados, que se reforçam através dos meios de comunicação de massa.

Homens e mulheres são considerados numa sociedade de classe como categorias "naturalizadas", diferentemente percebidas. Portanto, também, é a respeito de sua qualidade de vida ou de seu envelhecimento, que diferem de classe ou mesmo de grupo para grupo social. Gênero é a construção de significados, de relações e papéis sociais, de identidades e valores baseados nessas representações. Segundo Scott (1988), gênero é uma categoria analítica que pressupõe o processo de construção social das diferenças sexuais e da percepção do modo como são construídos padrões referenciais do

que se concebe como masculino e feminino, contribuindo para desmistificá-los enquanto categorias naturais e imutáveis.

Segundo Oliveira e Silva (1998), gênero se contrapõe a sexo, pois gênero é socialmente construído, pertence à ordem da cultura e, ao enfatizar cultura, minimizam-se generalizações a respeito das mulheres, considerando, ao invés disso, constrangimentos como idade, classe social e etnicidade. O aparato cultural dá-se num corpo essencial, que é dado pela biologia, porém, esse corpo natural, assim como "mulher", não é uma categoria universal. Se levarmos em conta que todas as questões experimentadas pelo ser humano são realizadas enquanto pessoas corporificadas, não podemos deixar de mencionar o corpo feminino enquanto lugar das práticas culturais.

A categoria social de gênero quando analisada em sua articulação com as categorias geração e velhice, revela surpreendentes aproximações, como se houvesse constantes de gênero que unissem ou assemelhassem as mulheres. Por outro lado, os homens da mesma geração apresentam semelhanças que não existiriam com igual intensidade numa comparação do ângulo da cultura e da situação de classe, como se as maiores revoluções sociais contemporâneas estivessem ocorrendo nas dimensões fundantes do gênero e da geração (Motta, 1997).

Nesse contexto alguns autores tendem a olhar com mais otimismo o envelhecimento feminino. A velhice feminina seria mais suave que a masculina, à medida que a mulher não experimenta a ruptura com o trabalho, tanto quanto os homens na aposentadoria. Os filhos não rompem os vínculos com as mães, portanto estão mais dispostos a cuidar delas que dos pais. A mulher, habituada a mudanças drásticas no organismo, têm mecanismos que lhe permitem enfrentar melhor as transformações que ocorrem na velhice.

Nossa percepção de sociedade também é dada pela visão dicotômica masculino/feminino. Para

além da natureza, a questão de gênero é a que reforça e estrutura nossa percepção do social. A sociedade é estabelecida de tal forma que masculino e feminino são vistos em oposição, com papéis, domínios e expectativas diferentes. (essa diferença é percebida/vivenciada de maneira muito mais forte nos extremos da vida).

Os estudiosos do envelhecimento não podem portanto, omitir em seus estudos a questão de gênero, mostrando a importância que ela assume, principalmente nas sociedades ocidentais, na estruturação de concepções sobre corpo e saúde.

2.6.3. Qualidade de vida na terceira idade

A qualidade de vida está associada à manutenção da capacidade funcional ou da autonomia que, segundo Rowe e Kahn (1987), é a medida pela qual os indivíduos são capazes de tomar decisões em relação à escolha de atividades, métodos, maneiras de participação social, tempo de duração de atividades. França, (1989) acrescenta que os limites colocados para o idoso, pela família e sociedade, configuram perda de autonomia que lhes apontam não ter os mesmos direitos que lhe cabiam na vida adulta. Isto implica cobranças e exigências do adulto para o idoso, limitando-o, principalmente em relação às possibilidades de satisfação.

Há que considerar que a qualidade de vida do indivíduo idoso está relacionada também à segurança sócio-econômica, ao seu bem-estar psicossocial e a sua sensação de saúde, sendo que a saúde está relacionada a sua vida passada, por estrutura genética e pelo meio ambiente (Darnton-Hill, 1995). Todos esses fatores são interrelacionados, e sua importância relativa difere de uma sociedade para outra e de pessoa para pessoa.

A qualidade de vida da população idosa pode estar relacionada também à impressão subjetiva

de seu estado de saúde, e a influência dessa opinião é maior que a saúde constatada (Darnton-Hill, 1995). A compreensão do fenômeno saúde/doença sob a ótica subjetiva da população em estudo, através de uma abordagem qualitativa, levando-se em conta, valores, crenças e atitudes da população, leva a melhor compreensão dos fatores que afetam a autonomia e a qualidade de vida da população idosa, tal como eles a percebem.

Alguns trabalhos sobre a autonomia, sobre os riscos de incapacidades, atividades de vida diária, para verificação da qualidade de vida, têm sido desenvolvidos, através de questionários padronizados, e algumas questões têm sido levantadas, como o fato de as maiores causas de incapacidades ser doenças crônicas, eventos agudos, tais como fraturas, acidentes vasculares cerebrais, artrites e doenças crônicas; e da importância do suporte social como mediador entre o status funcional e a qualidade de vida em idosos (Veras, 1994).

Críticas sobre as avaliações de saúde em idosos têm sido feitas, limitando-se a uma avaliação de seu estado físico e mental, e às consequências destes no desempenho de atividades de vida diária. As avaliações devem também levar em consideração as condições econômicas e sociais, e a situação ambiental como um todo. Faz-se necessário não só uma avaliação multidimensional, que forneça uma visão global da situação social e de saúde da pessoa, mas é preciso levar em consideração a questão das representações que cada indivíduo tem dos fatores que lhes são pertinentes, ou seja, o que é ser idoso e seus papéis sociais; representação de autonomia e fatores que a afetam; representações de saúde; qualidade de vida, entre outros fatores, pois, ao analisar tais temas, a contribuição de estudos e pesquisas tem sido elaborada onde pouca ou nenhuma visibilidade é dada aos significados simbólicos sobre o envelhecimento e seus desencadeamentos vivenciados pelo próprio sujeito.

METODOLOGIA

3.1 Caracterização do local e população: 1ª fase do estudo

Na primeira fase do estudo, traçou-se um perfil demográfico e epidemiológico da população residente na Microrregião de Viçosa- MG (Figura 1), que é composta pelos seguintes municípios: Araponga, Cajuri, São Miguel do Anta, Pedra do Anta, Porto Firme, Paula Cândido, Teixeiras, Canaã e Viçosa.

A Microrregião de Viçosa e a Microrregião³ de Ponte Nova, são coordenadas pela Diretoria Regional de Saúde de Ponte Nova (DRS-PN), que é composta por vinte e nove municípios, sendo subdividida em duas microrregiões: Microrregião de Ponte Nova com 20 municípios; e Microrregião de Viçosa com 9 municípios. O critério de subdivisão utilizado, obedeceu a demanda espontânea de atendimentos médico-hospitalares. Os maiores municípios das duas microrregiões (Ponte Nova e Viçosa), são considerados município "polo"⁴ (DRSPN, 1999).

³ O critério de regionalização por microrregião citado, refere-se a utilizada pela Diretoria Regional de Saúde de Ponte Nova.

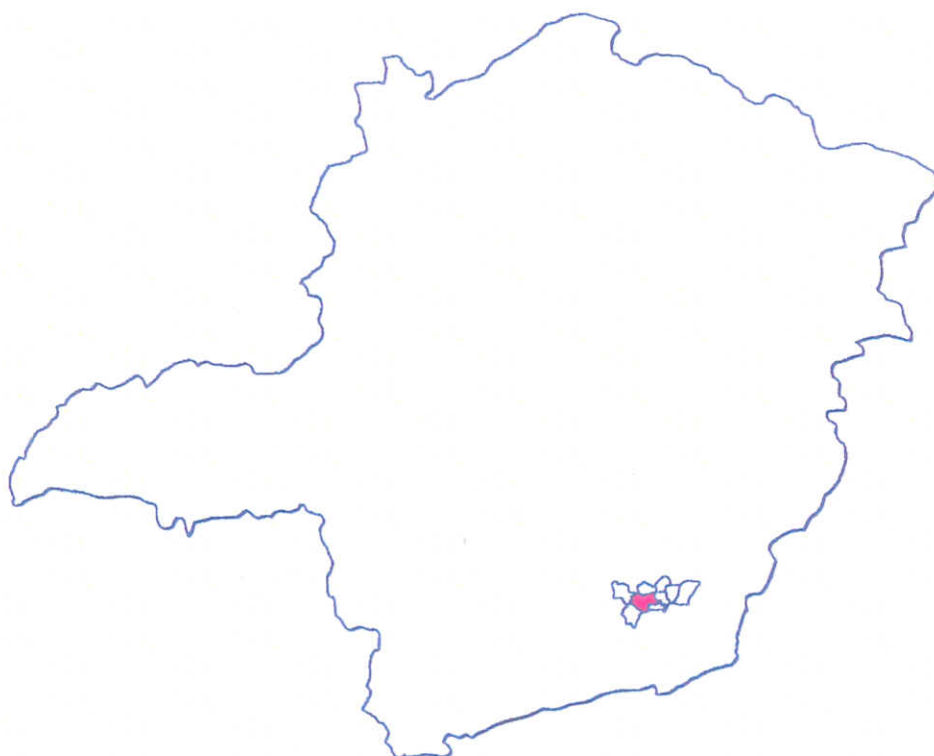
⁴ Município "polo": local para onde é encaminhado grande parte de atendimentos médicos ambulatoriais e hospitalares.

mapa da microrregião de viçosa



Figura 1 - Mapa da Microrregião de Viçosa-MG, de acordo com a Diretoria Regional de Saúde de Ponte Nova-MG (DRS-PN).

Figura 2 - Mapa de Minas Gerais, com destaque para a Microrregião de Viçosa



Os municípios da Microrregião de Viçosa-MG estão contidos na macrorregião do Estado de Minas Gerais, denominada Zona da Mata, que se desenvolveu a partir da exploração do ouro das Minas Gerais. Como outras atividades, contava-se com agricultura de subsistência, em pequena escala, pois as necessidades básicas eram importadas de outras regiões, já que a exploração aurífera era suficientemente lucrativa para tal empreendimento. Com o declínio da produtividade das minas, deu-se início a exploração da pecuária num contínuo processo de ocupação do interior mineiro.

Por volta de 1830, surgiram as primeiras plantações de café, no Vale do Paraíba, dando início à fixação da mão-de-obra na Zona da Mata. Com a expansão da cafeicultura, começou também, na Zona da Mata, o processo de industrialização, em algumas áreas localizadas, principalmente no setor de têxteis e laticínios, para atendimento do mercado criado pela economia cafeeira. Desde então, até o primeiro quarto deste século, a Zona da Mata desempenha papel de relevo na economia do Estado.

No entanto, a continuidade da atividade agropecuária, sob o modelo tradicional de exploração extensiva de suas terras as condições físicas, relativamente desfavoráveis de seus solos, e o recesso do surto industrial, seguidos pela acomodação de seu empresariado e pela obsolescência do setor industrial, fizeram com que a Zona da Mata encontrasse graves problemas que levaram à perda da posição de relevo dentro da economia mineira. Programas de erradicação de cafeeiros, sua principal fonte de renda, fizeram com que a área fosse considerada problema, caracterizando-a como uma região atrasada. Na década de 60, estava incluída entre as áreas prioritárias de reforma agrária, mas em virtude da predominância de minifúndios e da falta de desenvolvimento de atividades substitutas, capazes de absorver mão-de-obra, assistiu ao seu esvaziamento econômico.

O quadro de estagnação econômica resultante provocou evasão da população; portanto, esta é considerada uma área de emigração que tem liberado parcelas de sua população, que se

deslocam para outras regiões, ao sabor de sucessos econômicos.

O município de Viçosa é o maior município da Microrregião e é caracterizado como centro polarizador, em termos microrregionais, atraindo população jovem, em idade de trabalho, em âmbito regional. Localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, é o mais importante da Microrregião que tem o seu nome (Mata de Viçosa). Segundo o Censo Demográfico de 1991, o município ocupa uma área de 279 km e sua população era de 51.689 habitantes.

Viçosa é o município na Microrregião que apresenta a menor proporção de habitantes no meio rural. Esse êxodo rural foi muito acentuado na década de 70, quando a proporção de habitantes rurais passou de 34,07% para 19%, em 1980.

A urbanização está se dando em ritmo acelerado, fazendo com que a percentagem de residentes na cidade e em Distritos seja muito elevada. A taxa de urbanização é a mais alta da Microrregião e é mais elevada que a taxa média do Estado.

Embora a população total do município venha aumentando, esse movimento foi mais acentuado entre os anos de 1970-80, período em que Viçosa ganhou uma população praticamente equivalente à metade que existia em 1970. Viçosa é considerada cidade-pólo na Microrregião.

3.1.1 Definição do desenho de estudo e população

Para essa fase, foram analisados dados de população residente, por faixa etária, dos Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991, assim como os dados da PNAD de 1990. Os dados da população residente foram colhidos separadamente por cidade e por ano censitário, e, após, distribuídos por faixa etária e sexo, e agrupados para a Microrregião.

Para análise da estrutura etária da população, por idade e sexo, foram utilizadas "pirâmides

etárias”, referentes às décadas de 70, 80 e 90, onde no eixo horizontal são representadas as proporções da população, enquanto que no eixo vertical os grupos etários.

Para a análise específica do fenômeno do envelhecimento da população, foram utilizados dados censitários de 1980 e 1991, comparando-se os percentuais das faixas etárias dos dois censos considerados. Analisou-se também a queda da fecundidade na Microrregião, através das taxas específicas de fecundidade, as taxas de fecundidade total, de fecundidade geral, dos anos de 1970, 80 e 95, usando-se como denominador o número de mães (população calculada para a metade do ano), dos filhos nascidos vivos, por faixa etária de 15 a 49 anos de idade. As taxas brutas de natalidade foram calculadas pela razão entre o número total de nascimentos, num dado ano, e a população de primeiro de julho (Carvalho et al, 1994).

Para traçar o perfil epidemiológico, foram usados dados de mortalidade, de principais causas de mortes registradas em atestados de óbitos, nos cartórios de Registro Civil, de cada município separadamente e, após, agrupados para a Microrregião nos anos de 1970, 1980, 1990 e 1995.

Essa etapa do estudo teve como objetivo traçar o perfil demográfico e epidemiológico da população e, ao mesmo tempo, fazer uma comparação entre dados do Brasil como um todo, e do Estado de Minas Gerais com os municípios que compõem a Microrregião de Viçosa-MG. A utilização dessa análise procurou oferecer ao leitor uma visão da situação, visto que nenhum estudo das características demográficas e epidemiológicas da população da Microrregião foi encontrado.

3.2 Pesquisa qualitativa: 2ª Fase do estudo

A característica metodológica dessa etapa consiste de pesquisa qualitativa, através do

estudo de caso, que é uma técnica que permite analisar em profundidade, por um período de tempo, um indivíduo, uma família, um grupo e um evento. Realizou-se a observação participante⁵, coletando-se dados através de entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita. O instrumental metodológico é o recomendado por Haguete (1992), Triviños (1987) e Minayo (1993).

3.2.1. Caracterização dos idosos entrevistados e do local da pesquisa

A pesquisa foi realizada com idosos participantes de um programa voltado para um grupo da Terceira Idade, no Município de Viçosa-MG.

A Idéia da criação desse programa para a terceira idade, em Viçosa, não é recente e se deu por iniciativa de funcionários da Universidade Federal de Viçosa (UFV), através da Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários que, na época, contava com uma equipe de profissionais da área social e da saúde. Integrava essa equipe assistentes sociais, psicólogas, psicopedagogas, dentre outros profissionais.

Inicialmente, a equipe tinha como meta a preparação de funcionários para a aposentadoria, evento este que na década de 90 atingia um grande número de funcionários. O objetivo desse programa era o de oferecer ocupação aos aposentados de todas as categorias, mesmo os da iniciativa privada, mas o programa visava principalmente os funcionários da Universidade.

Vários encontros foram promovidos com esses funcionários, que ouviam palestras que os preparavam psicologicamente para enfrentar a nova etapa de suas vidas que estava por vir. Entretanto, a idéia desse programa não teve continuidade, por causa de mudanças de

⁵ Salvaguardando todas as limitações dessa “participação” (Motta, 1998).

administração e, conseqüentemente, de suas metas na Universidade.

Em 1992, um dos profissionais que fazia parte da equipe social da Pró-Reitoria se aposentou e foi convidado para integrar o quadro da Prefeitura Municipal de Viçosa, com a missão de reimplantar a Secretaria de Ação Social, que havia sido extinta pela administração anterior. Como Secretário, esse profissional deu continuidade à idéia de implantar um programa voltado para os idosos de Viçosa, tendo como aliada uma profissional de Nível Superior, que também tinha o mesmo objetivo. Não tinham em mãos na época nenhum dado ainda sobre a Transição Demográfica que se instaurava no município. O sonho de implantar um programa dessa natureza deve ter decorrido de uma questão "assistencialista". Os referidos profissionais já tinham ouvido falar sobre os programas voltados para os idosos, ligados ao SESC de São Paulo e de Minas Gerais, relatando, especificamente para esta pesquisa, que foram ver de perto as atividades desenvolvidas por esses programas.

A idéia era implantar núcleos em vários bairros da cidade, evitando, assim, a locomoção dos idosos para o centro. Algumas iniciativas da Pastoral do Idoso da Igreja Católica, em alguns bairros, surgiram, porém, sem o respaldo da Prefeitura Municipal, de forma que o projeto de descentralização do programa acabou ficando só no papel.

Para o início das atividades no município, a Secretaria de Ação Social conseguiu emprestada a sede de dois clubes da cidade, onde até hoje são realizadas aulas de ginástica e hidroginástica. Realizou-se, então, a divulgação do programa através de cartazes sugestivos, que foram espalhados pela cidade com o intuito de atingir aos interessados. A procura foi, e ainda é, muito grande, principalmente por mulheres.

Um dos criadores do grupo afirmou:

"Os homens aposentados preferem ficar nos bancos dos jardins, devido ao preconceito não por serem idosos, mas por serem "machões" e diziam que isso não é coisa pra homem. Várias vezes fomos ao jardim da praça convidá-los para participar, mas até hoje a participação deles é quase nula, se tiver meia dúzia de homens é muito".

O programa contou com a participação, segundo eles, decisiva de pessoas voluntárias (Professores e seis alunos do Curso de Educação Física da Universidade Federal de Viçosa). O programa para a Terceira Idade, desde aquela época até hoje, oferece atividades de ginástica, hidroginástica, caminhadas, coral, dentre outras.

A formação do Grupo da Terceira Idade se deu a partir da inserção das pessoas de mais idade, que se cadastravam no Programa da Secretaria de Ação Social da Prefeitura Municipal. Para iniciar o programa, a prefeitura o tornou público, convidando as pessoas a participar e, após algum tempo, o conhecimento das pessoas sobre o grupo passou a ser dado por informações passadas pelos próprios participantes do grupo. Atualmente, as vagas são limitadas e há dezenas de pessoas esperando serem chamadas a ingressar no grupo.

A maioria das pessoas do grupo são mulheres, cujo estado civil é viúva, com poucas solteiras e casadas, e com uma minoria de homens. Poucos frequentaram a escola formal. Das pessoas entrevistadas, três são do sexo masculino, sendo um viúvo e dois casados.

Algumas atividades como ginástica, aula de dança e ensaios do coral são desenvolvidos num clube no centro da cidade, o que facilita a participação dos seus frequentadores, pois muitos deles moram no centro, e outros vêm de bairros mais distantes (bairros de classe média, e de bairros populares). Alguns chegam a pé, outros de ônibus urbanos.

A caracterização dessas pessoas, a partir de suas profissões, é tarefa difícil, pois a maioria é aposentada ou pensionista. Três delas trabalharam fora de casa, como Clarice e Inês (solteiras). Algumas mencionam as profissões que os maridos desempenharam, sem precisar por quanto tempo ocuparam as citadas profissões.

Os idosos em estudo moram em bairro de classe média e média baixa. O aspecto econômico é estável, levando em consideração os aspectos simbólicos das relações que a classe faz de sua posição e situação relativa (Pierre Bourdier, 1974, citado por (Barros, 1998). A fonte de renda provém das suas aposentadorias que, em sua grande parte, foi por idade e, ou, de pensões de seus cônjuges, pois raramente as mulheres do grupo trabalharam no serviço formal.

Observa-se que o padrão sócio-econômico da maioria pode ser considerado como nível baixo, caracterizado por uma renda que não ultrapassa a 1,0 salário mínimo por pessoa; nível de instrução com apenas os primeiros anos de escolaridade, através do ensino informal (ensino em zonas rurais onde quem podia contratava um professor para ensinar as primeiras letras ao filho), com exceção de um caso com 1º grau completo. Essa caracterização visa oferecer ao leitor uma visão geral do contexto social dos idosos estudados, mas não tem valor como classificação social da população estudada.

3.2.2 Universo estudado

O número exato de pessoas a fazer parte do nosso estudo não foi definido a priori. Esse número foi se ampliando, à medida que penetrávamos em nosso campo de estudo. Ao longo das entrevistas, percebemos que havia recorrência em muitos relatos, o que fez com que decidíssemos não ampliá-los. Para a análise final, foram citados no estudo dezessete idosos.

Das pessoas entrevistadas, vinte e seis idosos eram do sexo feminino e três do sexo masculino,

o que representa 89,65% e 10,34%, respectivamente. O “clube da terceira idade” é freqüentado principalmente por mulheres com idades que variam de 55 a 87 anos. Dos idosos estudados, 48,27% são viúvos; 37,93% casados; e 13,79% solteiros (Tabela 1).

As pessoas incluídas no estudo foram aquelas que mais chamavam a atenção no grupo, por sua comunicabilidade, ou por ser muito idosas e animadas, dentre outros predicados, que observamos através das anotações de campo. O local, a data e o horário para a entrevista foram marcados de acordo com a disponibilidade das pessoas envolvidas.

Tabela 1 - Resumo das características dos entrevistados

Identificação	Sexo	Idade	Est. civil	Escolaridade	Sit. prof.
José *	mas	87	viúvo	alfabetizado	aposentado
Clarice Schet. *	fem	63	casada	Primário	pensionista
Raimunda *	fem	60	Casada	1ª série prim.	Do lar
Efigênia B *	fem	65	Viúva	Primário	aposentada
Terezinha V. *	fem	65	viúva	ginásio	pensionista
Maria Salete *	fem	67	viúva	primário	pensionista
Estela *	fem	85	viúva	Primário	pensionista
Jovita *	fem	80	viúva	1º.ano primário	aposentada
Rosa	fem	78	solteira	2º. grau	aposentada
Terezinha J. *	fem	67	viúva	primári	aposentada
Inês *	fem	64	solteira	6ª. série	aposentada
Elvira	fem	73	casada	Alfabetizada	costureira
Ana Maria	fem	62	viúva	3ª. série prim.	pensionista
Zilda	fem	70	solteira	Alfabetizada	aposentada
Sebastião	mas	73	casado	Primário	aposentado
Clarice Campos	fem	60	solteira	superior	aposentada
Alzira	fem	71	viúva	primário	pensionista
Geralda	fem	78	viúva	primário	pensionista
M. do Carmo *	fem	60	casada	1º. ano prim.	Do lar
Ivone	fem	63	casada	analfabeta	Do lar
Pedro *	mas	65	casado	2º. gau	aposentado
Adaídes	fem	66	viúva	primário	aposentada
Tereza *	fem	70	casada	1º ano prim.	aposentada
Elza *	fem	65	solteira	primário	aposentada
Efigênia D.	fem	69	viúva	2º grau	pensionista
M. Conceição	fem	82	viúva	primário	pensionista
Neuza *	fem	63	casada	primário	Do lar
Nadir *	fem	64	casada	primário	vendedora
M. Antônia *	fem	67	casada	primário	aposentada

Notas: (*) Pessoas incluída no estudo.

Entrevistas realizadas = 29.

Entrevistas utilizadas = 17. (**) N.B. significa nível baixo – (renda que não ultrapassa a 1 sal. Mínimo).

(***) Nível médio.



Figura 3 - Fotografia dos freqüentadores do Clube da Terceira Idade.

3.2.3. Coleta de Dados

Realizada de novembro de 1997 a setembro de 1998, a pesquisa qualitativa teve como foco, como já citado, um grupo de pessoas (idosas), pessoas de 60 anos ou mais, que freqüentam o clube da terceira idade.

As entrevistas foram compostas de estruturas que representavam a identificação, o estilo de vida, a autonomia e o processo saúde-doença. O foco central da entrevista foi representado pelo estilo de vida, pelas doenças auto-referidas e por

suas representações e situações que se relacionavam com a qualidade de vida do idoso.

A entrevista foi planejada de forma a abranger o elenco de questionamentos referentes à proposta do trabalho. Meu roteiro de entrevistas já estava pronto, mas mediante a conjuntura foi necessário reformulá-lo. Minhas perguntas eram por demais ultrapassadas, para se adequar àquele tipo de público. Não era o que eu estava esperando, não eram aquelas avozinhas que estavam lá, eram pessoas fortes, cheias de vida e com vontade de viver.

Pirâmide Etária População Microrregião de Viçosa- MG 1970

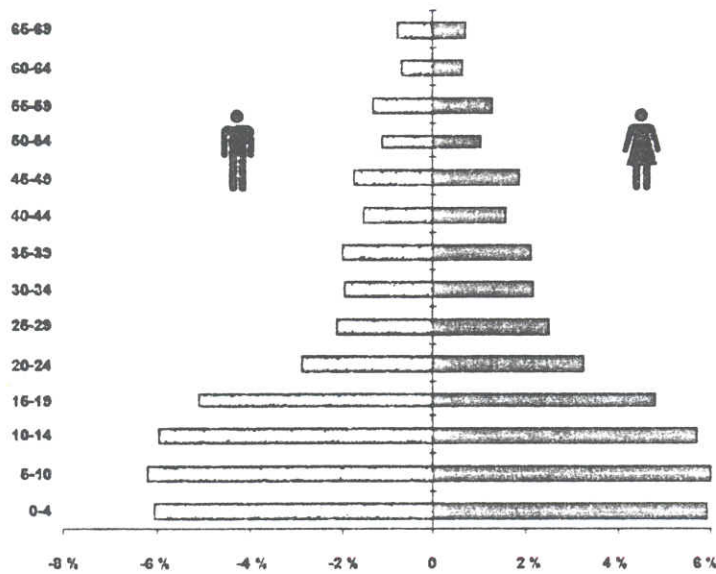


Figura 4 - Pirâmide etária da população da Microrregião de Viçosa-MG, 1970.

A pirâmide etária da população 1980 (Figura 5) é bastante ilustrativa, para mostrar a ligação entre fecundidade, natalidade e distribuição etária. A fecundidade caiu significativamente, entre 1970 e 1975, e depois manteve-se constante até o final da década. À primeira vista, poder-se-ia esperar a base da pirâmide correspondente ao grupo de 0 a 4 anos de idade, menor que o realmente observado. O fato de

entre 1975 e 1980 ter havido aumento significativo do número de mulheres em idade reprodutiva (em torno de 3% ao ano) e estabilidade do nível de fecundidade levou a um aumento de nascimentos, no mesmo período, e a uma população de 0 a 4 anos, em 1980, relativamente grande, se comparada àquela de 5 a 9 anos (Carvalho, 1993).

Pirâmide Etária População Microrregião de Viçosa- MG 1980

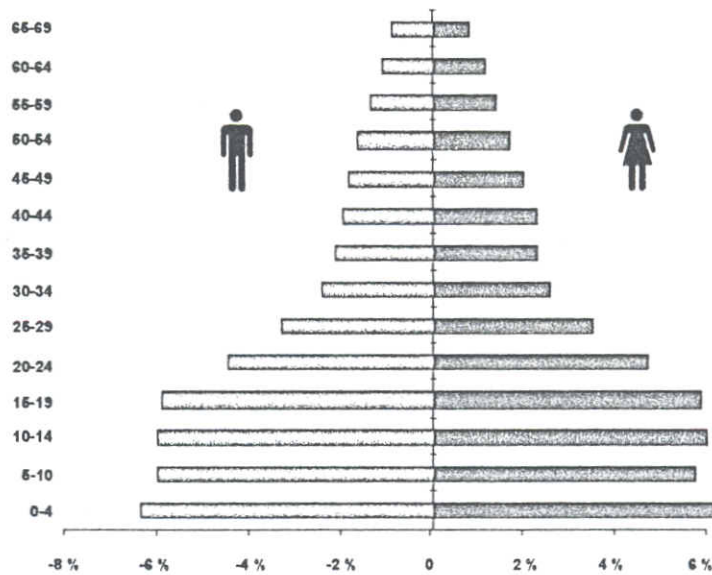


Figura 5 - Pirâmide etária da população da Microrregião de Viçosa-MG, 1980.

A pirâmide etária de 1991 (Figura 6), quando comparada à de 1980 (Figura 4), mostra não somente o impacto sobre a estrutura por idade do declínio da fecundidade ocorrido até 1980, através da diminuição nas proporções dos grupos etários quinquenais entre 10 e 25 anos, mas, também, indica que o descenso da fecundidade continuou durante os anos 80, pois houve significativa queda nas proporções dos grupos 5 a 9 e 0 a 4 anos. O fato de o grupo de 0-4 anos, em 1991, contar com menos pessoas que o de 5 a 9 anos está a indicar que teria ocorrido no

segundo quinquênio dos anos 80 uma aceleração no declínio da fecundidade, o qual contrabalançou o aumento do número absoluto das mulheres em idade reprodutiva.

Os dados da Microrregião de Viçosa, particularmente os de 1980 e 1990, configuram uma população que, além da queda da fecundidade e aumento da expectativa de vida, é associada à situação de uma área de emigração seletiva, principalmente de população economicamente ativa.

Pirâmide Etária População Microrregião de Viçosa- MG 1991

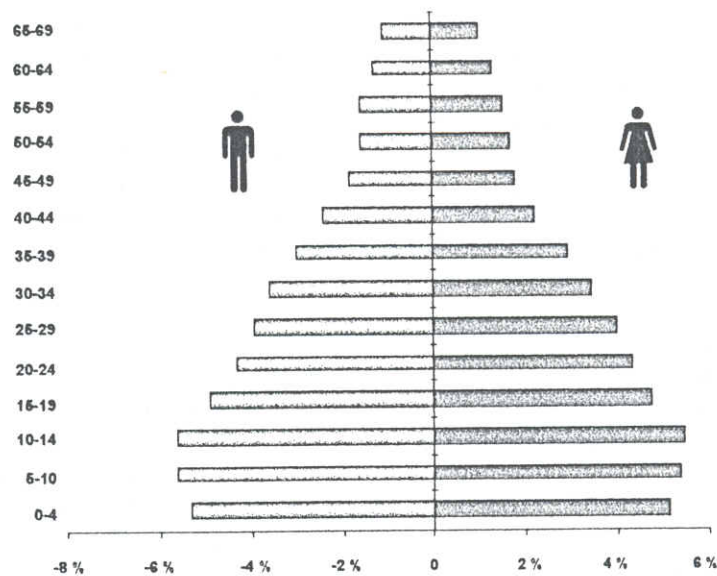


Figura 6 - Pirâmide etária da população da Microrregião de Viçosa-MG, 1991.

Objetivando mostrar as diferenças regionais, ao se analisar os dados, foram comparados os dados do Brasil, como um todo, com a Microrregião de Viçosa, e do município de Viçosa, conforme Tabelas 1A, 2A, 3A onde se encontram as distribuições etárias das populações-alvo de estudo, e as diferenças em pontos percentuais, entre as distribuições das três décadas.

Nas distribuições etárias referentes ao Brasil (Tabela 1A), estão claros os efeitos da queda da fecundidade sobre o peso relativo das várias faixas etárias, consubstanciando, assim, o envelhecimento demográfico, podendo-se inferir que a queda da fecundidade inicia-se no período 60-64 e se acentua e consolida no período 65-69. Há uma diferença substancial entre os diferenciais de 1980 para 1990 da faixa etária de

25-29 anos, (considerando-se que os indivíduos dessa faixa etária em 1991 teriam nascido entre 1962 e 1966) e os mesmos diferenciais referentes à faixa etária de 30-34 anos. A mudança de sinal para negativo nesses diferenciais para a faixa etária de 20-24 anos indica que a tendência declinante da fecundidade se acentuou no segundo quinquênio da década de 60 (note-se que os indivíduos dessa faixa etária nasceram entre 1966 e 1971).

Observa-se a queda nos percentuais das taxas de fecundidade, principalmente nas faixas de 0 a 19 anos, mostrando o menor número de nascimentos de uma década para outra. Entretanto a natalidade continua aumentada, devido ao grande o número de pessoas em idade

reprodutiva na referida década, remanescentes do período do início da queda da fecundidade.

Nas Tabelas 2A e 3A (Microrregião e município de Viçosa-MG), observa-se entre as idades de 25-44 anos uma percentagem maior desse grupo etário. O crescimento proporcional da população idosa também está ligado ao processo de emigração da população mais jovem, aliado às altas taxas de mortalidade também da população jovem e à drástica redução da fecundidade, contribuindo para o processo de envelhecimento. Nos demais grupos, sempre diminuindo o percentual, está representada a emigração de pessoas nas faixas etárias entre 45 e mais que levam consigo filhos pequenos e jovens, o que poderia estar afetando os grupos jovens da população. Na Tabela 3^A, observa-se, nos anos de 1970, 1980, 1991, uma queda progressiva na proporção de pessoas de 0-24 anos, revelando a queda da fecundidade no passado recente e a emigração.

A população da Microrregião de Viçosa-MG está inserida na Zona da Mata, como referido anteriormente, tendo apresentado, na década de 70-80, uma taxa de crescimento negativa em todos os municípios-alvo de estudo (emigração mais mortes, superam imigrações e nascimentos). Tal fenômeno decorreu da emigração para os municípios economicamente atraentes, incorrendo no agravamento do quadro de perda de população por queda da fecundidade (Tabela 4 A).

As taxas negativas de crescimento permaneceram até quando analisamos a Microrregião, em sua totalidade, comprovando a perda da população para outras regiões.

Da década de 80 para 90, houve sempre uma taxa de crescimento positiva em todos os municípios estudados (Tabela 4A), explicada em parte, provavelmente, pelo processo de urbanização, resultante do deslocamento sucessivo das populações de áreas rurais para os centros urbanos e, também, pelo grande número

de mulheres em idade fértil, remanescentes das épocas de taxas altas de fecundidade.

De modo geral, o envelhecimento é fenômeno heterogêneo, que afeta de modo desigual homens e mulheres, pelo diferencial de mortalidade existente entre os sexos, observando-se maior população feminina que masculina nas idades mais avançadas (Fries, 1980, Veras, 1994).

Este é um fato importante a ser considerado na implementação de políticas, uma vez que a maior sobrevivência feminina aumenta a probabilidade de que estas pessoas, em sua maioria viúvas, vivam sozinhas, em condições de maior vulnerabilidade, ocasionando maior carga para o sistema de seguridade social.

A Microrregião estudada retém grande número de pessoas de 60 anos e mais, num total de 60% dos municípios (Tabela 5A). No ano de 1991, observa-se maior número de mulheres idosas.

O município de Viçosa-MG é considerado cidade-pólo, por ser o maior município da Microrregião, e por ter uma infra-estrutura urbana e de assistência à saúde que atende às necessidades da população, em termos de problemas de saúde, educação, transporte rodoviário e comércio local.

Dos nove municípios da Microrregião, oito são de pequeno porte, com população de até 16 mil habitantes, e com densidade demográfica a partir de 27,72 hab/km², até cidade com 185,11 hab/km², como é o caso do município de Viçosa. A Tabela 6A revela a densidade demográfica/km, mostrando que os municípios de Teixeira e Viçosa concentram maior número de pessoas por km².

Através da Tabela 7A, e da Figura 7, verifica-se que de 1970 a 1995, há um incremento de 50% no número de pessoas de 60 anos e mais, em toda a população-alvo de estudo. Quando se compara a proporção do número de idosos da Microrregião de Viçosa à do Brasil, observa-se que a Microrregião retém maior número de

peças de mais de 60 anos, comparando-se ao Brasil em seu conjunto. Tal resultado pode ser explicado provavelmente, também pela migração. São os mais jovens que emigram em busca de emprego, principalmente em se tratando de uma região estagnada economicamente. A maior proporção de mulheres se justifica pela questão migratória e pela maior esperança de vida.

A Tabela 8A demonstra o aumento do percentual da população de 65 anos e mais. Uma população é considerada "velha" quando apresenta um percentual da população de 65 anos e mais acima de 7%. Podemos, dessa forma, considerar que a população evoluiu para o chamado "envelhecimento" populacional, pois em 1995 a Microrregião de Viçosa-MG detinha um percentual de pessoas de 65 anos e mais na ordem de 6,57%.

Pelos dados encontrados, asseguramos que a Microrregião tem enfrentado um processo de transição demográfica e epidemiológica, uma vez que as modificações nas estruturas etárias da população confirmam tal afirmativa.

A mudança na estrutura etária de uma população acarreta inevitavelmente uma verdadeira mudança na estrutura epidemiológica, visto que as patologias que antes predominavam, por apresentarem alta taxa de fecundidade, seriam patologias que se referiam às doenças perinatais e a doenças infecciosas e parasitárias.

Observou-se queda das taxas de fecundidade, queda das taxas de mortalidade e mudanças nas causas de morte. As mudanças nas causas de morte são determinadas, em parte, pela queda da fecundidade.

O declínio da fecundidade na Microrregião de Viçosa-MG ocorreu em ritmo acelerado. A estrutura populacional jovem, reflexo da fase anterior de alto crescimento, ajudou a dissimular essa queda. As taxas elevadas de fecundidade em períodos anteriores legaram ao período atual

uma alta proporção de mulheres nas faixas etárias de mais intensa reprodução, o que manteve o número de nascimentos num patamar elevado.

Houve no período estudado uma queda brusca nas taxas de fecundidade total, com diminuição de 65% do nível de fecundidade. Tal magnitude de declínio sugere incluir o papel da emigração da Microrregião em estudo pois, sendo uma área em processo de estagnação econômica, essencialmente caracterizada como agrícola de subsistência, é bem provável que a população jovem emigre em busca de emprego. Tal fato teria efeito imediato sobre a fecundidade, visto que as mulheres que saem encontram-se no período reprodutivo e, se, por outro lado, os homens jovens também emigram, isso causa efeito sobre as uniões e, portanto, sobre os nascimentos.

Pela Tabela 9A, registram-se as taxas específicas de fecundidade, de fecundidade geral, e de fecundidade total para o ano de 1980. Pode-se afirmar para a Microrregião de Viçosa que, em média por mulher entre 15-19 anos, houve 63,4 nascidos vivos de cada 1.000 mulheres, e por mulher de 25 a 29 anos 322,1 nascimentos vivos. A taxa de fecundidade total foi de 5,58%, o que representa o número médio de nascidos vivos ao término do período de idade fértil. A taxa de fecundidade geral de 0,16% indica que, no ano de 1980, de cada mil mulheres em idade reprodutiva nasceram 163,2 crianças vivas.

Em 1990, de 1.000 mulheres entre 15-19 anos, nasceram vivas 60,5 crianças, e de mulheres entre 25 e 29 anos houve 172,1 nascimentos vivos. A taxa de fecundidade total foi de 3,10. A taxa de fecundidade geral de 0,100, conforme Tabela 10A.

Em 1995, ocorreu queda acentuada das taxas de fecundidade total geral, que de 3,10, em 1991, caiu para 2,0 em 1995, significando que ao final do período reprodutivo as mulheres tiveram, no total, 2,0 filhos em média. (Tabela 11A). Com esse decréscimo acentuado no nível de

fecundidade (abaixo do nível de reposição que, segundo Camarano et al (1988), seria de 2,2 filhos por mulher). Esperam-se alterações ainda mais marcantes na estrutura populacional dessa Microrregião, em curto espaço de tempo, com perda ainda maior do grupo de pessoas entre 15-59 anos de idade, portanto população jovem e economicamente ativa.

O declínio da fecundidade traduziu-se em queda de 45%, entre as décadas de 1980 e 1990, e de 35,48% entre 1990 e 1995.

Essa queda acentuada da fecundidade é observada no Brasil como um todo e é determinada por fatores biológicos e comportamentais, em complexa interação: o nível de informação, o uso adequado de métodos contraceptivos, a introdução da mulher no mercado de trabalho, a maior abrangência dos meios de comunicação de massa, a idade mais avançada ao casar, separação, infertilidade do casal, o recurso ao aborto induzido, o aleitamento materno, dentre outros (Oliveira et al, 1995, Fundação IBGE, 1996).

A redução do número médio de filhos das mulheres acontece graças à difusão maciça de métodos anticoncepcionais modernos e bastante eficazes, vindo em primeiro lugar as pílulas e as esterilizações por laqueadura tubária (Duchiade, 1995).

As políticas de saúde, educação e programas na área social deverão adequar-se às demandas dessa parcela populacional. Os recursos humanos e materiais que hoje são mais voltados para os cuidados com a criança e a mãe deverão ser também aplicados à população idosa e necessitam estar treinados para cuidados e prevenção de patologias e incapacidades inerentes a população envelhecida.

4.2. Perfil epidemiológico da população da Microrregião de Viçosa-MG

A intensificação do processo de envelhecimento populacional provoca uma mudança nos padrões de morbidade e mortalidade, onde as enfermidades infecciosas agudas que incidem na população infantil vão sendo substituídas pelas doenças crônico-degenerativas, características da população mais idosa (Yazaki e Saad, 1990).

Analisando as tendências de indicadores dos níveis globais de saúde da Microrregião, chamam a atenção alguns fatos como: mudanças acentuadas nas causas de mortalidade, que de doenças infecciosas passou para crônico-degenerativas. As causas mal definidas representaram 45% das causas de morte (Tabela 13A), sendo comparadas à da região Nordeste, portanto, mostrando disparidades dentro da Região Sudeste, que é considerada mais desenvolvida que a Nordeste, passando a exigir esforços diferenciados, no sentido de implementar as políticas de saúde nessa região. Houve também, entre os anos estudados, queda nas taxas de fecundidade e aumento significativo da população com 60 anos e mais. Quanto ao atendimento médico, também não demonstra melhoria, pois, quando são estudadas as causas de mortalidade, as que se encontram em 1º lugar são as causas mal definidas.

As informações sobre mortalidade constituem o indicador sanitário mais utilizado, principalmente nos países de Terceiro Mundo, visto ser o sistema de informações sobre mortalidade o único registro rotineiro de dados, utilizado em saúde, a alcançar abrangência e qualidade suficientes para ser usado em avaliações populacionais.

O conhecimento amplo da evolução da mortalidade permite ter um panorama da situação, detectar as principais deficiências e estabelecer medidas visando alterar seus níveis. Através de estudos demográficos, pode-se conhecer, pelos níveis de natalidade e

mortalidade, em que estágio a população estudada se insere no processo de transição demográfica.

Houve uma queda das taxas brutas de mortalidade, que se deve ao progresso científico e tecnológico, à introdução de novos médicos especialistas na região, a novos medicamentos, a campanhas de vacinação em massa, à introdução de métodos preventivos, através do saneamento do meio, especialmente em relação à água e à disposição dos dejetos, produzindo melhorias no estado de saúde da população.

Apesar de a área de estudo ser economicamente pouco desenvolvida, ela apresenta alta incidência de óbitos por doenças crônico-degenerativas. Em 1990, as mortes por doenças do aparelho cardiovascular estavam em primeiro lugar e representavam 21,47%; e os neoplasmas em segundo lugar, representando 9,11%, sendo que as doenças infecciosas e parasitárias estavam classificadas em sexto lugar, representando 3,18% do total das causas, excetuando-se as causas mal definidas, conforme dados das Tabelas 12A e 13 A e das Figuras 8, 9 e 10.

Podemos constatar que a Microrregião se encontra em pleno estágio de transição epidemiológica, com acentuada redução na proporção de óbitos causados por doenças perinatais, no ano de 1980, e com uma participação cada vez maior de doenças crônico-degenerativas (doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório) nos anos seguintes.

Nos países mais desenvolvidos, onde esse processo já se completou, a proporção de óbitos por doenças infecto-contagiosas é de cerca de 1%, enquanto o percentual de mortes por doenças do aparelho circulatório atinge cerca de 50%. Na Microrregião de Viçosa-MG, na década de 90, essas proporções foram de 2,92% e 45,52%, respectivamente.

O grupo das chamadas "causas mal definidas", além de comprometer a análise da estrutura por causas, constitui uma das situações de mais difícil explicação, dadas as características das etiologias aí abrigadas e as especificidades de cada município. Os dados mostram que tais causas são particularmente altas, cujas proporções nos anos de 1980, 1990 e 1995 foram respectivamente de 46,24%, 40,58%, 24,55%, ultrapassando todas as demais causas.

As causas mal definidas são bastante frequentes em regiões subdesenvolvidas (Ojeda & Cuminsky, 1979) e retratam as condições do acesso aos serviços de saúde. Óbitos inscritos nessa categoria referem-se a idades mais avançadas, nas quais é comum um tipo de indefinição atribuída às chamadas "causas naturais" ou complicações de natureza múltipla. A distribuição das principais causas de óbitos, mostra que, ao mesmo tempo que as doenças crônico-degenerativas já se apresentam como sendo as principais causas, as medidas tomadas, envolvendo a expansão das redes de água e esgoto, a intensa vacinação e certos cuidados médicos, proporcionaram a intensa redução dos coeficientes de mortalidade por doenças infecciosas e perinatais.

As inter-relações entre a transição demográfica e a epidemiológica existem, como já discutido. As implicações para os serviços de saúde, que podem ocorrer em nível regional, são extremamente sérias, se providências não forem tomadas no sentido de modificar o planejamento de ações para a população que emerge, como consequência das mudanças nas estruturas etárias. Deverão ser implementados programas que contemplem a população, tanto em nível municipal quanto regional.

As características demográficas e epidemiológicas da população dos municípios que compõem a Microrregião de Viçosa-MG, apresentadas nesta primeira fase do estudo através de um diagnóstico geral descritivo, embasaram a etapa qualitativa do estudo pois "...de que adianta viver muitos anos se esses

anos não são vividos de forma qualitativa...?” (França et al, 1997). Portanto, segue-se a análise, através das falas das pessoas que são qualitativamente representativas da população em foco, revelando a qualidade de vida da população idosa.

4.3 Representação de velhice

A representação da velhice está ligada às mudanças observadas na estrutura demográfica pois a estas mudanças correspondem mudanças nas atitudes sociais. A velhice é percebida diferentemente em países com diferentes expectativas de vida ao nascer.

No início do trabalho, citei que parecia haver um equívoco sobre o local onde teria que desenvolver minha pesquisa. Esse primeiro impacto no contato com os idosos no “clube” foi para mim um importante ponto para reflexão. Esperava encontrar ali pessoas da “terceira idade” com cabelos brancos, roupas comportadas, todas sentadas à espera do início das atividades. Em vez desses comportamentos, encontrei-as vestidas de bermudas, tênis, todas conversando alegremente como se fossem “alunas de uma escola à espera do início da aula”.

Para culminar o impacto, no momento em que a estagiária (novata) de Educação Física chegou, ela me perguntou: *“E a senhora aí, porque não iniciou ainda suas ginásticas?”* Pensei: Fui confundida com os sujeitos do meu estudo. Fiquei um pouco chocada, mas depois feliz. Num primeiro momento não queria ser confundida com idosos, mas, quando o primeiro impacto passou, pensei: Como relata Debert e Featherstone: “A idade não é um dado de natureza, nem um princípio naturalmente constitutivo de grupos sociais, nem um fator explicativo dos comportamentos humanos” (Debert, 1997b, Featherstone, 1998).

Pude verificar, com minha primeira observação, ou com meu “olhar antropológico”, que esse processo biológico é elaborado com rituais que definem fronteiras entre as idades, pelas quais os indivíduos passam e que não são as mesmas em todas as sociedades.

Pelo que eu estava presenciando, eu já sabia de antemão que aquela velhice ali era uma velhice diferente, diferente daquela a que eu estava acostumada a ler nos manuais de gerontologia ou em alguns trabalhos que tratam o velho do ponto de vista social, tendendo a encará-los como um problema social, como necessitados de assistência social.

Ao contrário do que muitas literaturas mostram, não percebi ali uma diminuição das áreas de relacionamento social, nem os percebi como “perdedores”. A velhice vivida por eles se distancia de um padrão de velhice comum das camadas médias. Era uma velhice desejada por todos, eu os invejava. O aparente descompromisso com os afazeres domésticos, a alegria reinante, a disposição para as atividades e a despreocupação com o trabalho “fora de casa” era o ponto alto de suas personalidades. Eu, às vezes, comentava com uma e outra: acho que aqui é que está a “fonte da juventude”, ao que eles sempre me respondiam: “não temos a menor dúvida disso, isso aqui é que foi a minha salvação”. Às vezes sentia vontade de fazer os exercícios físicos que eles faziam, mas confesso que tinha receio de não poder acompanhá-los, de não agüentar. Minha performance era pior que a deles, disso eu não tinha dúvida.

Velhice é um termo impreciso e é difícil perceber sua realidade. Dentro de cada sociedade específica há conotações políticas e ideológicas ligadas ao conceito (Veras, 1994).

Na ótica de alguns autores, há o desaparecimento do conceito biológico e moral da velhice, no atual século (Debert, 1997b). Há uma pressão social no sentido de negação da velhice, enquanto tal, valorizando-se a pessoa que consegue disfarçá-la fisicamente e, ou,

psicologicamente (Barreto, 1992). Há, segundo Barreto, um preconceito contra a velhice que toma o lugar de respeito e valorização.

Nota-se que a velhice, ligada ao dinamismo, à atividade, ao lazer que lhes permitem tecer relações sociais e fugir do isolamento, às vezes é interpretada como disfarce para sua real condição. A máscara imposta pelo corpo envelhecido impede que as pessoas apreendam o que significa a velhice para e pelas pessoas que a vivem.

A seguir, empenharei em caracterizar sucintamente meus informantes, reforçando o que já foi feito no Capítulo 3 (Metodologia). Entretanto, nesse momento, de uma maneira mais etnográfica, objetivando familiarizar o leitor com os meus sujeitos do estudo.

D. Terezinha, viúva, 63 anos, importante exemplo neste estudo, quando interrogada sobre sua idade, respondeu :

“que pergunta indiscreta... e relatou muito enfaticamente ...”olha aqui eu por mim, eu acho que sou muito mais jovem do que minha filha. Eu vou pra boate no Domingo, ela fica deitada na cama, sabe, então eu não me considero da terceira idade não, e acho essa expressão muito pesada...”

O significado de velhice para Terezinha e outras informantes é longe daquele que o senso comum interpreta.

Os estereótipos negativos em relação aos velhos, quando a velhice era representada como um processo contínuo de perdas em que os indivíduos ficariam relegados ao abandono, ao desprezo e à situação de ausência de papéis sociais, foram substituídos por uma representação da velhice, como a fase da vida onde as experiências podem ser vividas de modo positivo, coletivamente, e são essas imagens que

acompanham a construção da terceira idade (Debert, 1997a).

Dona Maria Antônia, 67 anos, casada, relatou a diferença que vê entre os idosos de hoje e os idosos de quando era criança:

“...A minha mãe da minha idade era velha, mamãe não ia numa venda se precisasse de comprar um sal, ela não ia, se fosse comprar o pão ela não ia então minha mãe já era uma pessoa velha, porque não tinha utilidade nenhuma, só o serviço de casa e dormir de dia, trabalhava muito, mas dormia de dia, trabalhava até tarde da noite levantava nove horas, mamãe na minha idade era um caco...”(Maria Antônia, 67 anos, casada).

Fheatherstone (1998) relata que entre os idosos há uma redefinição da idade madura, idade esta em que no passado era vista como monótona, obscura, resignada. Entretanto, não considero que com isso estejam desconstruindo a categoria velhice, mas sim construindo-a em uma nova versão. Os idosos têm consciência da ocorrência de mudanças em suas vidas com a “chegada da idade”. Entretanto, adaptam-se bem a essas mudanças, sem deixar de se perceberem como idosos, como é o caso de D^a. Terezinha de Jesus, 67 anos:

“...mudou, quando eu era mais nova, era cheia de vida, depois a idade vai chegando fica mais retraída... você não tem assim coragem de... de participar assim de turmas que é mais novas que você...”

Ou Dona Estella, de 87 anos:

“... porque acho que muita coisa que a gente gostava de fazer já não tem aquela disposição,

porque os anos pesam, algumas coisas ficam diferentes. Mesmo que a gente queira né?"

... "Olha, muda, tem algum acerto né, porque parece que a gente enxerga mais, a gente vê mais e percebe mais as coisas... Muito melhor, porque quando a gente é nova, você só tá bem, quando a coisa tá muito boa, e quando a gente fica mais velho, eu acredito que com esse programa eu passei a pensar diferente, isso eu não tenho dúvida... Eu perdi o medo e fiquei com mais vontade de viver, vontade de viver e aproveitar a vida e como diz aproveitar e bem, né?, porque agora eu sei que... eu conheço onde eu posso cair e onde eu posso pisar que não tem perigo, sabe..." (Raimunda, 60 anos, casada).

E, também, Clarice:

"...Eu fiquei mais compreensiva porque eu era muito queimada, sabe, assim sabe como que é, tudo. Eu era muito chorona, uma pessoa assim complexada, era nova, mais nova, hoje vivo melhor, sou mais alegre hoje, sabe..." (Clarice, 63 anos, casada).

Visão semelhante em Neusa:

"...Pra mim foi uma mudança pra melhor, eu acho que eu cresci mais como gente. Até meus filhos falam isso, agora eu sou mais desafiada, mais desafiada. Uma vez uma pessoa me falou que o bom da idade é que a gente fala tudo que tem direito, sem precisar de ter papas na língua. Essa pessoa até já morreu, essa senhora. Mas é mesmo. É bom que

a gente fala tudo que a gente tem direito, não tem negócio de papas na língua não, falo mesmo, fica mais sincera, se for preciso xingar, xinga, não chega a tanto, mas fica mais solta...." (Neusa, 63 anos, casada).

As mudanças de atitudes ou de representação pelos idosos se devem às mudanças demográficas, às mudanças no processo produtivo, no domínio da família e na configuração das unidades domésticas (Debert, 1997a).

Tais mudanças do ponto de vista da saúde são altamente positivas, visto ser os idosos que adotam estilos de vida "não condizentes com sua idade" os que têm apresentado ganhos em termos de qualidade de vida. Muitos problemas biológicos, psicológicos e sociais por eles vividos têm sido relegados ao segundo plano. Essa "imagem do envelhecimento" bem sucedido nada mais é do que a busca incessante, mesmo que de maneira reprivatizada, como relata Debert (1997a), de uma vida com qualidade.

Para os profissionais e estudiosos da área de saúde, preocupados com a questão da saúde do idoso, a representação da velhice, enquanto uma fase positiva, livre e feliz, independente da idade cronológica, segundo os relatos do grupo, servem, também, para nos mostrar que, aliada a isto, está a questão da pluripatologia, tão citada em estudos com idosos. Apesar de ser esse um problema real, biológico e epidemiológico, não tem representado para eles um entrave para a continuação de sua jornada. Ao estudar o grupo, levando em consideração valores, crenças e atitudes, pude constatar que tais problemas de saúde ocorrem, mas vistos de maneira "contornável", bastante diferente do apresentado em estudos epidemiológicos tradicionais, que em seus resultados apresentam uma população doente, inválida, carente de recursos de alta tecnologia (Saad & Camargo, 1990, Ramos, 1993, Cavalcanti & Saad, 1990).

A questão do idoso perpassa a questão da representação da velhice, enquanto momento de libertação, invertendo a visão da velhice enquanto modelo de decadência. A questão vai além, quando se pretende traçar contornos mais amplos para o problema que é ter ganhos de vida com qualidade. Porém, esse objetivo retorna ao conceito de velhice que, direta ou indiretamente, permite sua compreensão no contexto maior da problemática sócio-cultural do idoso.

O termo terceira idade, como já citado anteriormente, é usado para se referir ao idoso de uma maneira “mais carinhosa”, no entender das pessoas que o utiliza, e é um termo que serve para identificar os modos de vida na nova geração de idosos, demarcando essa etapa da vida do idoso de hoje.

Essa afirmativa anterior vem de encontro com as representações dos idosos sobre a expressão “Terceira Idade”. Esse termo para eles se mistura com o termo “velhice”. Na entrevista, ao falar de terceira idade, pensavam que eu usava o termo como sinônimo de velhice, e com isso D^a Maria Antônia, bem como as demais, responderam que :

“...Eu não acho nada, mas muita gente acha, assim de falar terceira idade pensa que é pessoa muito velha, essas pessoas que não serve pra mais nada... O PRATI (Programa de Atenção à Terceira Idade) é mais bonitinho...” (D. Maria Antônia, 67 anos, casada).

“...Eu acho que isso é um sinal de respeito né, às pessoas que já tão bem de vida. As pessoas experientes da vida né, sobre várias coisas né, eu acho a terceira idade muito importante... Eu gosto, eu sinto feliz dos outros falarem que eu sou velha que eu sou da terceira idade eu acho bacana. Pra mim, tanto faz falar velha como terceira idade, não

tem problema não. Eu acho que quanto mais envelhecer é sinal que Deus tá ajudando as pessoas, quanto mais vive, melhor...” (Clarice Silveira, 63 anos, casada).

“...Ah, eu aceito, é... eu acho até engraçado, sabe, eu gosto... eu não faço questão não, é eu... não ligo pra isso não, não ligo não”. (Raimunda, 58 anos, casada).

“...Eu não ligo, porque tem gente que não gosta de ser velho eu não ligo não... É pode falar terceira idade, falar PRATI, a gente tá velho mesmo não pode ficar... achando ruim, eu não acho ruim os outros falar que eu tô velha não...” (Efigênia, 65 anos, viúva).

“...eu gosto, a gente tá mesmo velho uai, já tá na terceira idade, já tá na Quarta, não é na terceira não, então acho bom falar na terceira, mas já tá na Quarta idade...” (Jovita, 80 anos, viúva).

“...Gosto demais, tenho entusiasmo da terceira idade, tenho entusiasmo quando me chamam de velho... Eu gosto que me chama de velho, gosto de avô, gosto de tudo, gosto de velho mesmo...” (Sr. José Firmino, 87 anos, viúvo).

“...Agora eles mudaram o nome né? Passaram para PRATI, pra mim eu gostava né...” (Efigênia, 67 anos, viúva).

“...Ah, eu não gosto, eu costume dizer, eu tomei pau na segunda idade, ainda não passei para a terceira não...” (Terezinha, 63 anos, viúva).

Os idosos da "Terceira Idade" são vistos pela sociedade, segundo os próprios idosos, como pessoas que participam de períodos de atividades e se dedicam sobretudo ao lazer, e que vivem portanto de forma diferenciada das demais pessoas de suas idades que não fazem parte do "Clube da Terceira Idade".

"...Tem muita gente, muita gente, uns fala eu não vou entrar nisso porque é coisa de velho, eu ainda não tô velha, às vezes pessoas até mais velha que eu sabe, então né fica querendo achar que... terceira idade é gente muito velha... É ou acha que tá perdendo tempo de vir, né, há outras pessoas que ficam em casa dormindo, assistindo televisão, dormindo de dia, tem gente lá que não tem filho, nem neto nem nada e fica em casa dormindo de dia, assistindo televisão e o tempo não passa, e a pessoa fica reclamando, reclamando..." (D. Maria Antônia, 67 anos, casada).

"...umas não vêm porque gosta muito de novela, outras porque trabalham, tem vários motivos, outras porque o marido é enjoado né..." (Clarice, 63 anos, casada).

"...Elas não querem vir porque acha que... é coisa de velho..." (Raimundo, 60 anos, casada).

"...É acha que quem tá vindo é velho, acha que quem vem aqui é gente baixa, e aí não vem por isso..." (Efigênia, 65 anos, viúva).

"...Eles não vem para não misturar com a gente... Assim... assim porque... então assim, de outra classe qual, que é?... é classe de gente humilde né, então

ai elas não freqüentam com a gente. Minha vizinha lá mesmo fala, eu não acho graça nenhuma naquilo..." (Terezinha, 63 anos, viúva).

"... Aí eu falo pra elas o negócio lá não é pra velho não, é pra ficar novo, é pra ficar novo..." (Raimunda, 60 anos, casada).

Não se concebem como velhas, assim como as faceiras de Motta (1998), podem ser idosas, coroas ou da terceira idade, mas velhos são os outros que ficam em casa, de cama, parados sem procurar uma atividade.

4.3.1 Relação entre idade cronológica e envelhecimento

Quanto à idade cronológica em que a pessoa se considera idosa, todos os informantes foram unânimes em afirmar que o envelhecimento não está ligado à idade, de maneira geral, mas que o envelhecimento é uma construção individual e nenhuma pessoa, mesmo as que apresentavam idades mais avançadas, não se consideravam velhas.

"Ah, acho que não tem idade não, né?..." (Jovita, 80 anos, viúva).

"...É... assim eu não sei não, ah, bem ... depois dos 80 né. Eu acho que depende da cabeça..." (Terezinha, 67 anos, viúva).

"...Oh! agora eu já não penso que a pessoa pode ser considerada velha em época nenhuma..." (Raimunda, 60 anos, casada).

"...Eu não sei... só sei que..., não sei falar com que idade a pessoa tá velha porque tem gente que não quer ser velho em idade nenhuma

né, eu não, eu não ligo pra isso não... Eu não me acho velha não, porque o que tiver de fazer eu faço, agora a hora que eu não tiver fazendo aí não, eu tô velha que eu não tô fazendo; mas eu faço caminhada, faço caminhada todo dia, o médico manda, então eu vou na Universidade, naquelas estaca todo dia..." (Efigênia, 65 anos, viúva).

"...ô menina eu vou te falar a verdade, acho que só depois dos 80 sabe, mas por exemplo, quando a pessoa pode andar, pode resolver as coisas da gente... Se a pessoa é uma pessoa ativa e tudo né, tem prazer de viver, não; agora as pessoas que se entrega e tudo né, então aí é considerado velho. A minha mãe por exemplo, da minha idade, minha mãe já era velha..." (D. Maria Antônia, fem., 67 anos, casada).

"Nesse sentido, a velhice pode ser definida como uma máscara que é imposta ao rosto e ao corpo de alguém que esconde sua capacidade de representar seu "eu verdadeiro" aos outros" (Featherstone, 1998).

É uma categoria que está sendo desconstruída, pois os problemas que ocorrem com os idosos são problemas passíveis de se apresentar em qualquer faixa etária, havendo, portanto, uma imagem mais positiva da velhice no Ocidente. As novas gerações têm trazido diferentes valores quando entram na velhice, redefinindo, então, a idade madura.

4.3.2. O Estigma na velhice

Minhas informantes aparentemente não representam o estereótipo de velhos. No senso comum, o estereótipo de velho está ligado às pessoas que se vestem com cores neutras, usam cabelos brancos, não usam enfeites, nem andam na "moda", seriam os velhos "tradicionais" ou "vovós" relatados por Barros, citado por Motta (1998). A velhice aparentada por minhas informantes é uma velhice diferente, é a velhice de mulheres da nova geração, uma velhice reinventada, uma versão mais moderna. Além desses estereótipos, há também estudos com idosos em diversas áreas que os apresentam como um problema que se não repensado a curto prazo acarretará danos à sociedade. E há, ainda, aqueles que consideram a velhice como última etapa da vida e que suas existências não têm significado, enfim a velhice é tratada com vários e indesejáveis preconceitos.

Debert (1997a) relata que, até recentemente, tratar da velhice nas sociedades industrializadas era traçar um quadro dramático de perda de status social dos velhos; a industrialização teria destruído a segurança econômica e as relações estreitas entre as gerações na família, que vigoravam nas sociedades tradicionais. Dessa perspectiva, a situação atual, em que os velhos se transformam em um peso para a família e para o Estado, opunham-se a uma Idade de Ouro, em que eles, dada sua sabedoria e experiência, eram membros respeitados na família e na comunidade. O empobrecimento, a perda de papéis sociais e os preconceitos marcariam a velhice nas sociedades modernas, que abandonam os velhos a uma existência sem significado.

Ao contrário do que Debert (1997b) relata, minhas informantes mostraram que suas existências tinham um significado, mas, apesar disso, nossa sociedade é marcada por diversos estereótipos, no que diz respeito ao envelhecimento, apesar de algumas iniciativas buscarem a desmitificação desses preconceitos.

Ser velho não significa apenas ser idoso, mas representa uma infinidade de características negativas, além de os mais jovens não compreenderem os mais idosos. Como relata Brito (1968), citado por Barros (1998), esse confronto está ligado à relação social, em que as pessoas têm papéis definidos pela idade: cada idade possui direitos e deveres que conferem ao portador maior ou menor prestígio e poder. Segundo Neugarten (1970), ainda em Barros (1998), há não só uma hierarquia social por idade, como também uma luta por maior poder dentro dessa hierarquia. Essa situação de desentendimentos intergeracionais está presente no cotidiano. Pode-se observar esta problemática nas falas dos idosos:

"...Tem porque os mais novos são muito abusados. Eles abusam muito da terceira idade. Acho e não só acho, a gente sente na pele que eles abusam da gente, ri da gente, critica muito, a gente é muito criticado, e quando eu saio na minha rua, quando eu saio com esta pasta, passo por eles, eles falam que vou fazer serenata, vou cantar, sou criticada pior do que tudo..." (Clarice, 63 anos, casada).

"...não. Na minha parte não sabe, eu que comunico muito..." (D. Maria Antônia, 67 anos, casada).

"...Pra mim não tem, graças à Deus. Eles respeitam Graças a Deus, todos os jovens me tratam muito bem, não posso reclamar nada..." (Jovita, 80 anos, viúva).

"...Ah, tem uma diferença né, assim no tempo, na época da gente, os jovens assim era diferente né, era muito respeito, hoje, né... Hoje tem muita diferença né, eles às vezes não compreendem, compreendem

não... é cafona, é coisa..." (Maria Salete, 67 anos, viúva).

Há ainda a questão de se encarar a velhice como doença. Em decorrência dessa associação; velhice = doença, muitos imaginam que o medo e a ansiedade frente à morte sejam características das pessoas mais velhas. Somente através da educação e das relações intergeracionais haverá quebra dos preconceitos e, ou, dos conflitos relacionado ao envelhecimento (França e Soares, 1997).

É certo que o envelhecimento tem amplas variações nas formas, através das quais é vivido, simbolizado e interpretado em cada sociedade, como relata Simmons (1945), no *The Role of the Aged in Primitive Societies*. O que se verifica é que a velhice não é um fenômeno universal, ou que existe um corpo envelhecido universal com um modo universal de falar. Essa universalidade não é localizável em discursos culturais.

A representação sobre a velhice, pelos integrantes do "clube da terceira Idade", estabelece uma distinção entre o velho, em geral, e o seu caso, em particular. Reconhecem que a velhice existe, mas não é aquilo que está neles. Como relata Debert (1998), velho é sempre o outro.

"...E tem muitas velhas aí, aquela que tava sentada perto de mim aquela tá com oitenta, quase oitenta e cinco anos..." (Jovita, 80 anos, viúva).

"...Porque eu não convivo muito com as... as mulheres assim, só as daqui... não, eu fico na minha e elas fica na delas, o que eu gosto elas não gosta..." (Efigênia, 65 anos, viúva).

Ao falar de sua experiência pessoal, enumeram uma série de atitudes que os diferenciam dos "outros" idosos, mesmo quando se considera em idade avançada:

"...E elas vivem reclamando tá com o corpo doendo, aí eu falo olha eu já tive esse problema e hoje acabou tudo parece que ao invés de eu ficar velha eu tô ficando mais jovem, sei lá..."
(Maria Salete, 67 anos, viúva)

Há situações de endeusamento dos preconceitos em situações em que o idoso é considerado sábio ou detém muita informação, ou considerado aquele que tem posses. E situações de depreciação dos preconceitos onde os idosos são tratados pelos filhos como se fossem crianças dependentes, infantilizando-os e afastando o idoso de qualquer decisão.

"...Ah... eu não gosto é que fica me corrigindo, às vezes algum filho fica me dando uma dicas lá, umas coisas, uns palpites, né, eu falo: não por enquanto eu tô dominando. Outro dia mesmo, teve uma filha aí né, até ela me... até meus filhos me trata muito bem graças à Deus, sou muito feliz com minha família, são todos muito bão pra mim, mas às vezes fica lá me dando as dicas, ah, bobo, eu não gosto que fica me dando essas dicas, eu mesmo gosto de fazer assim que, por enquanto, ainda tô bem da cabeça, tô sabendo o que tô fazendo..." (Jovita, 80 anos, viúva).

"...a única coisa que não gosto é a pessoa me chamar atenção e repetir duas vezes. A única coisa que me faz nervoso é por exemplo cê me chamar atenção eu fico calado, atolero, peço desculpa, mas se repetir não atolero, a única coisa que me faz nervoso é isso..." (Sr. José, 87 anos, viúvo).

"...Grosseria sabe?. Isso eu não gosto eu não gosto de pessoa mal educada, porque de repente ofende a pessoa sem querer, aí fico magoada quando faz grosseria ou desfazer de mim, eu não gosto..." (D. Maria Antônia, 67 anos, casada).

Nesse sentido, Bosi (1994) aponta ainda para a "falta de reciprocidade na relação de alguns adultos com o velho, traduzida numa tolerância sem o calor da sinceridade. Não se discute com o velho, não se confrontam opiniões com as dele, negando-lhe a oportunidade de desenvolver o que só se permite aos amigos: a alteridade, a contradição, o afrontamento, e mesmo o conflito".

"A velhice como estigma não está necessariamente ligada à idade cronológica. Os traços estigmatizadores da velhice ligam-se a valores e conceitos depreciativos: a feiúra, a doença, a desesperança, a solidão, o fim da vida, a morte, a tristeza, a inatividade, a pobreza, a falta de consciência de si e do mundo".
(Barros, 1998).

Porém, nem todos que chegam à idade mais madura tornam-se passíveis de ser indivíduos estigmatizados. Entre as próprias frequentadoras do grupo, há uma eliminação do estigma da velhice, a partir do momento em que elas se auto identificam como não-velhas. Os traços que denotam a velhice são eliminados.

As novas gerações e talvez nem os profissionais de saúde ainda não se deram conta dessa nova versão da velhice.

4.4 Corpo, cultura e a invenção da terceira idade

Nesse grupo, os idosos utilizam seus corpos como modo de se expressar de diversas maneiras: na ginástica, na hidroginástica, nas caminhadas, na aula de dança, ou na aula de coral.

Mesmo com as mudanças impostas em seus corpos, esses idosos são “moderninhos”, eles não se assumem velhos. Mesmo não se assumindo velhos, eles não negam as modificações no seu próprio corpo e suas atitudes diante da doença e da saúde, revelando atitudes e práticas quanto aos cuidados com o corpo.

“... depois dos sessenta muda... muda assim, você fica com medo de fazer as coisas, fica pensando, com medo da pressão, você fica com medo de... exagerar muito em serviço, você acha que tem que manerar muncadinho, falar agora, eu acho que tô cansada, vão parar muncadinho. Porque quando você tá nova, você não tem... (...) mas eu não pego muito peso, não forço assim na bicicleta, não subo morro, não forço muito para não forçar o coração...” (Inês, 64 anos, solteira).

Os idosos apreciam muito as atividades físicas oferecidas no grupo de terceira idades. A aula de dança é uma das atividades mais requisitadas, todos esperam ansiosos pela chegada da professora. No dia das aulas de dança, todos se vestem, se maquam e se penteiam com muito esmero. E todos seguem à risca os passos de danças ensinados durante a aula. Geralmente, as danças são compostas por pares (homens/mulheres), mas como no grupo o número de mulheres é infinitamente maior que de homens, improvisa-se o casal e durante todo o tempo fazem chacotas com a troca de papéis.

Muitas gostam de representar o papel de homem.

Nesse contexto cultural e histórico específico, podemos ousar dizer que há uma desconstrução da velhice, ou melhor dizendo, uma reconceitualização da velhice.

4.5 Terceira idade e gênero

A velhice pesquisada nesse grupo de idosos, como já citado, é observada como um momento de alegria e liberdade. O fato de a maioria dos idosos do grupo, principalmente as mulheres, não ter tido a oportunidade de ingressar em escolas formais, na infância ou juventude, de não ter tido a oportunidade de ter uma vida profissional ativa e de ter experimentado uma vida sexual amorosa e social adequada (algumas nem esta oportunidade tiveram), aliado ao medo da solidão, pois os papéis desempenhados por essas mulheres, durante toda suas vidas, era o papel de dona de casa, de mãe dedicada aos cuidados com os filhos, de esposas, foi modificado em função das perdas de seu lugar social e então ensaiam construir algum novo itinerário. Agora vivem de forma diferente do que ocorre com os homens. Essa geração de mulheres idosas, pesquisadas hoje, considera que a etapa atual de idosas é o momento mais tranquilo, proveitoso e feliz de suas vidas. As mulheres percebem esta fase como uma experiência inédita em suas histórias.

Terezinha, viúva, pensionista, 64 anos, nunca trabalhou no setor formal, sempre ligada ao trabalho de casa, ao cuidado com o marido e com os filhos, relatou-me, em uma ocasião, que não conhecia a Semana do Fazendeiro⁶. Só

⁶ A Semana do Fazendeiro é uma atividade de extensão realizada uma vez por ano (há mais de 70 anos), pela Universidade Federal de Viçosa, e tem como alvo os pequenos produtores rurais e fazendeiros da região, oferecendo Cursos e, além desses, congrega intensas atividades sociais, como

depois que ficou viúva é que ficou sabendo da festa, e nunca mais perdeu nenhuma.

Esses exemplos expressam de forma clara a inserção da mulher nas relações sociais públicas, após a viuvez e, ou, velhice, com alteração da forma como elas se vestem para participar da aula de dança ou para se encontrar com os amigos, em festas, ou em bailes, e aos domingos. Essa inserção na esfera pública, como relata Barros (1998), “propicia um caráter excepcional à velhice que enfrentam”. O grupo soube criar um “estilo de vida” comum da velhice, cujo ponto central é o grupo da terceira idade. Assim como em Barros, em minha pesquisa, não deparei com velhos de roupas escuras e aspecto tristonho. Ao contrário, os idosos pesquisados, usavam, principalmente para as aulas de ginástica, roupas bem joviais e tênis, apropriados à ocasião.

“...Cê sabe porque eu não acho que porque eu tenho 65 anos eu tenho que vestir roupa preta, marrom, cinza, não sei que cor? Eu tenho que vestir aquilo que dá pra mim, que assenta pra minha fisionomia, e que eu me sinta bem, ando com roupa sem manga. Tem muitas aí que não veste uma blusinha sem manga, não veste um decotinho, não veste nada, e eu não, eu me adapto a qualquer coisa, eu não quero é ficar mais velha do que eu já sou, eu quero é continuar mais nova...” (Elza, 65 anos, solteira).

“...Se eu gosto de uma roupa decotada, eu ponho a roupa decotada, eu gosto, o que é que tem? Que eles tem com a minha vida, né? Eu acho assim uai. A pessoa gosta de um decote o que é

que tem usar decote? Só porque é pessoa de idade? Não tem nada a ver uai...” (D. Nadir, 64 anos, casada).

Nesse contexto social, a identidade velhice não é então tão acionada como bem relata Barros (1998). O objetivo da pesquisa não é me aprofundar nas questões de identidade, mas não podemos deixar de mencioná-la, à medida que falamos em relações sociais, em todas as etapas da vida do indivíduo.

Em relação às mulheres, as reuniões do grupo da terceira idade apresentam-se como possibilidade de encontrar uma saída para a inexistência de atuação na esfera doméstica e como forma de libertação das mulheres que, quando solteiras, viam-se presas pelos pais e imaginavam se libertar da situação com o casamento, o que nem sempre ocorreu.

“...Minha vida mudou depois que eu fiquei viúva aí eu fiquei assim, porque antes eu era casada com um homem anti-social, então eu parei no tempo, fiquei um tempão vivendo assim em prol daquela pessoa. Graças a Deus, fui muito bem casada, ele me deixou bem, então eu não tenho com que queixar então eu continuei com aquilo...” (Terezinha, viúva, 64 anos).

“...A gente sofria muito com pai e mãe, eles prendiam muito, batia muito né, e depois a gente ficou moça não podia namorar, não podia conversar com rapaz nenhum, com moça nenhuma, depois a gente casou pra fazer gosto pai e mãe, não casou com quem a gente gostava, meu casamento foi assim. E depois a gente casa com um homem que era doente, a gente não conhecia, fui pelejar com doença... então

bailes, forrós, teatros e outros festejos, que são aproveitados tanto pelos participantes do evento como pelos moradores da cidade.

não tive vida né, nunca pude sair pra nada... agora que tô vivendo...

"... Que agora que eu tô vivendo sabe? Quando eu era menor eu não tive vida de criança, eu não tive vida de solteira, quando casei também, não tive uma vida boa sabe, então agora que eu tô aqui, que eu tô vivendo bem. Agora é que eu me sinto feliz né? É agora..." (Clarice, 63 anos casada).

Para os homens de classes populares, quando o tempo de aposentadoria ou velhice são referidos como boa fase da vida, falam como ex-trabalhadores que atingiram "uma época de descanso" em que, desobrigados do trabalho tem mais tempo para o lazer (Motta, 1997). A preocupação dos homens é com a tranquilidade econômica (Debert, 1997a).

"...tranquilidade, a parte financeira, tudo é muito importante, muitas vezes, se a financeira ficando ruim a gente envelhece de tanto pensar, então é importante..." (Sr. Pedro, 65 anos, casado).

"...Hoje eu... trabalho, porque eu parei de trabalhar por causa de encostar e a gente é difícil de... pra gente trabalhar por causa que eu sei só capinar só de mexer na terra, então quando aparece né algum lugar lá e eu só gosto de trabalhar só de manhã, mas é ruim ficar parado em casa..." (Sr. José, 85 anos, viúvo).

4.6. Percepção de saúde/doença

A representação de saúde/doença experimentada pelos idosos pesquisados, mostrada em sua

dimensão empírica, revela pessoas conscientes de seus problemas de saúde, sabedores de suas patologias, citando-as algumas vezes, classificadas como crônico-degenerativas, ou seja, aquelas que aparecem nas estatísticas de saúde oficiais. No entanto, nenhuma delas constitui-se como problema, à medida em que procuram por cuidados e controles periódicos. Relatam ter saúde e qualidade de vida, relacionando-os ao desempenho de suas atividades de vida diária de forma satisfatória. Nesse sentido, dão ênfase ao desenvolvimento de uma Epidemiologia não apenas do patológico (embora cientes de sua presença), mas dos "comportamentos normais".

"... Eu tenho problema no coração... eu não, nem lembro, não sinto nada, nem sinto cansada, tem mulher assim da minha idade que tanto subir escada daquele salão paroquial sobe lá, chega lá em cima ah, ah, ah! Eu não tenho nada disso nem lembro que tenho, eu nem lembro disso..." (Efigênia, 65 anos, viúva).

"...Eu tenho um problema cardíaco, nem lembro, esqueço." (Estela, 87 anos, viúva).

"...Meu problema é osteoporose...tem vez que prejudica, mas não me sinto doente." (Terezinha, 63 anos, viúva).

"... De pegar peso... correr, fazer Cooper não posso fazer... Porque aqui mesmo eu faço ginástica, aquele que eu sinto que tá pesado pra mim, que não tô agüentando fazer, eu não faço. Eu faço a hidrogenástica, só não pego peso, o que é difícil não faço, porque essas atividades me ajudou muito e quando eu comecei no coral, eu não podia nem subir escada... eu

... tinha... alguém tinha que me ajudar a subir..." (D. Maria Antônia, 67 anos, casada).

"... Não, esse negócio de pressão alta depende muito de você acertar com os médicos e acertar com os remédios. Eu agora acertei com os médicos e com os remédios, já tem bem tempo. Então, antigamente não. Antigamente eu ficava com sono, ficava cansada, tinha que parar, deitava. Hoje em dia não, hoje em dia eu posso fazer o que for que não tem problema. Cê vê eu faço minhas ginásticas aí, eu não forço demais, eu faço o que vejo que, né?... não exagero muito, mas faço de tudo, né? Então não tá atrapalhando, eu tô tomando os remédios direitinho então ela tá controlada, tá controlada, né?..." (D. Neuza, 63 anos, casada).

As concepções sobre saúde, entendida de diferentes modos, podem estar informando, orientando e legitimando diversas ações assistenciais e formas de organizações dos serviços de saúde. A concepção de saúde varia desde a "ausência de doenças" até por exemplo ao "bem-estar" físico, mental e social, como referido pela OMS.

"... A saúde é a gente tá bão, não sentindo nada, tendo disposição e fazendo aquilo que ele gosta..." (Sr. José, 87 anos, viúvo).

"... A pessoa que não sente nada. Está bem, anda bem, não sente dificuldade pra nada..." (Clarice, 63 anos, casada).

"... É a gente não sentir nada, sentir bem com a vida, sentir tudo ótimo, isso é saúde..." (D. Maria Antônia, 67 anos, casada).

"... é eu acho que eu tenho saúde, apesar que tô velha e tomo bastante remédio porque eu tenho um pouco de colesterol e um pouco de gordura também, tem que tomar remédio, eles mandaram operar, mas o médico não quis não, porque podia trazer outros transtornos, então tomo remédio. Tomo remédio, mas eu vivo muito bem, vou a qualquer lugar que convida pra mim ir, ando demais, acho que... na minha idade tenho muita saúde..." (Efigênia, 65 anos, viúva).

A presença de disfunções físico/biológicas, porém sob controle, não representa para elas "estar enfermo". A questão fundamental é a perda de autonomia, perda de liberdade de ir e vir, de viver o mundo lá fora.

A ocorrência de doenças que se definem como oposição à saúde é inerente à vida em sociedade e que é referência a essa maneira de viver coletivamente, representando uma certa qualidade de vida social, é que se podem definir doenças ou ajustamento/aperfeiçoamento e, portanto, saúde. Nesse sentido, Canguilhem (1990) definiu "a doença" como um viver cotidiano impedido, e a saúde como a especificidade concreta que qualifica o modo próprio de cada sociedade, de "andar a vida".

O desenvolvimento da Medicina Social e estudos realizados por antropólogos e sociólogos, especialmente a partir do início deste século, contribuíram para demonstrar que a saúde, a doença e a morte não são apenas evidências "orgânicas", "naturais", "objetivas", mas constituem fenômenos sociais que são relacionados às características de cada grupo social. Enquanto fenômenos sociais, são representados de diferentes formas pelos sujeitos sociais. Vários estudos sobre o fenômeno saúde-doença, realizados em culturas diferentes, demonstram sua relação com a sociedade e sua

determinação histórico cultural (Andrade, 1996).

A representação social da saúde/doença manifesta de forma específica as concepções da sociedade, que, através de um discurso sobre a saúde, a doença e o corpo, deixa transparecer a coerência ou as contradições de sua visão de mundo e de sua organização social (Levi-Strauss, 1974).

As ciências sociais possibilitam ver o corpo que adoce e morre, dentro de uma ordem de significações mais abrangentes. Isso significa que a linguagem da doença é uma linguagem que remete sempre à sociedade e às relações sociais.

Certas patologias como por exemplo o câncer (fenômeno clínico) acometem indivíduos de faixas etárias mais idosas. A relação câncer e idade vem sendo foco de numerosos estudos experimentais no campo da Epidemiologia (Mendonça e Teixeira, 1995).

As ações de planejamento, como medidas de prevenção, diagnóstico precoce, e tratamento, devem ser implementadas e serão tanto melhores, atingindo com mais intensidade a população-alvo, à medida em que a Epidemiologia se colocar de forma interdisciplinar com as ciências sociais, apreendendo a realidade, aprofundando-se no mundo dos significados, o lado não-perceptível, através de médias e equações, levando em consideração o "risco percebido" pelo idoso, segundo suas falas:

"...A doença que eu mais tenho medo dela é o câncer, muito medo..." (Maria Antônia, 67 anos, casada).

"...É o câncer, porque ele mata e põe as pessoas pra sofrer demais, né? É uma doença muito triste..." (Clarice, 67 anos, casada).

"...olha, eu não tenho mais medo de doença..." (Raimunda, 60 anos, casada).

"...É o câncer... ah, porque ela aparece assim, sem esperar..." (Terezinha, 63 anos, viúva).

"...Ah, eu tenho medo do câncer, né que meu marido foi vítima, é uma doença que muito... assim aparece de repente, né... Pois é, mas foi uma coisa de repente, apareceu, mas o médico, o médico né, eu fiquei sabendo, a gente procurou fazer os exames, ele operou mas na operação ele ficou, é uma doença muito ingrata..." (Maria Salete, 67 anos, viúva).

"...é o câncer... porque eu acho uma doença assim feio, quando a pessoa dá fé, às vezes a pessoa tá bem aparece uma qualquer coisa..." (Estela, 87 anos, viúva).

Portanto, tanto o processo saúde/doença quanto a qualidade de vida têm um caráter social, e as práticas epidemiológicas, as intervenções, devem levar em consideração esse caráter coletivo, sem separar o saber clínico, que faz referência ao individual, ao saber epidemiológico referenciando ao coletivo, não valorizando uma prática em detrimento da outra. As intervenções ao valorizar a dimensão orgânica, o corpo anatomofisiológico isolado de sua inserção na vida social, simplificam problemas que só poderão ter resolução plena para além desse sentido. Os serviços precisam responder ao conjunto global de demandas e de necessidades de saúde que lhe coloca a população.

4.7. Estilo de vida, condições de saúde e autonomia na velhice

O reforço à abordagem qualitativa se dá na medida em que a experiência do sujeito enfermo, com seu padecimento e o autocuidado, podendo lhe assegurar maior esperança e qualidade de vida. Nesse contexto, as técnicas qualitativas tornam-se decisivas, pois as informações obtidas para dar impulso às estratégias referem-se aos processos sociais, culturais, ideológicos ou políticos e requerem ação a partir, não apenas dos serviços de saúde, senão, sobretudo, a partir da própria população.

As técnicas qualitativas são significativas neste estudo, à medida que se detectou nos idosos consciência de suas patologias, bem como a importância dada aos cuidados com sua saúde e seu significado.

As pessoas idosas podem permanecer ativas e independentes, por muito tempo, desde que lhes seja proporcionado apoio adequado. Essa capacidade de se manter independente, funcionalmente, isto é, a capacidade de realizar atividades sem a interferência ou influência de outras pessoas, é uma das questões mais significativas da velhice (Veras, 1994). Em suas falas, os idosos apontaram o que consideraram importante para as pessoas de suas idades:

"...Pois é, eu acho que eles deveria procurar não ficar em casa né, porque fica reclamando tá com dor na perna, no braço, eu não tenho dor no braço, não tenho dor na perna, não tenho dor em parte nenhuma graças a Deus, única coisa que tenho é pressão alta e tomo remédio." (Efigênia, 65 anos, viúva).

"...Eu acho que as pessoas deve de passear, deve de andar, deve de conviver com as pessoas, com outras pessoas novas, a pessoa

precisa se divertir, de descansar um pouco, fazer caminhada, sair pra respirar um pouco né? A pessoa que só fica dentro de casa, só pensa bobagem, a pessoa que fica dentro de casa fica triste, fica magoada, vê coisas que não gosta. Enquanto tá passeando, tá no meio dos amigos, tá divertindo, esquece o passado né?" (Clarice Silveira, 63 anos, casada).

"...O que é importante, importante é fazer o que podemos a pessoa ter liberdade, não ter que... não pode fazer isso, não pode fazer aquilo, não pode fazer aquilo outro né? tem família, ô mamãe não pode fazer isso que a senhora é velha, o importante é a pessoa ser feliz, fazer o que quer fazer..." (Maria Antônia, 67 anos, casada).

"...uai, bom é sair, freqüentar né, as coisas o que tiver a gente ir, e aproveitar tudo que tem porque a gente não tá agüentando né, vai indo a gente chega num ponto e vai enfraquecendo né, eu não tenho freqüentado ultimamente muita coisa não." (Jovita, 80 anos, viúva).

"...Tá faltando elas também freqüentar as atividades né, porque fica dentro de casa fica mais... procurando serviço pra fazer, pensando as coisas que não deve né, vendo os problemas, então a gente saindo esquece tudo, é um santo remédio..." (Maria Salete, 67 anos, viúva).

"...Ah, eu acho mais importante é o modo de tratar os outros, as amizades, eu acho muito importante. Eu por exemplo tenho muita amizade e tudo né?"

Carinho, muita paciência...
(Estela, 87 anos, viúva).

Os programas ora oferecidos aos idosos proporcionam uma melhoria em sua auto-estima, à medida que são livres para desenvolver atividades que julgam de qualidade. Em muitos relatos, constatou-se que as atividades do grupo são um "compromisso" bem vindo que eles têm e um motivo para sair de sua rotina diária.

"...Olha eu acho que..., depois que a gente é... há muitas pessoas... a gente entra na terceira idade (se referindo ao grupo), a gente passa a entender os jovens melhor... E a gente começa a sentir que a gente também é jovem, às vezes eu até começo achar que... a que a gente deixa de pensar em doença, a gente só sente dor quando é dor mesmo, mas a gente não fica inventando a dor. E um velho que só fica em casa ele só fica pensando em doença, ah, eu fiz isso, fiz aquilo, fica com aquela mania boba e isso desaparece tudo..." (Raimunda, 60 anos, casada).

"...Mas, eu desde que entrei, acho uma maravilha, aqui a gente encontra colegas, eles tem muito carinho comigo, vou chegando eles abraçam... ficam perto, é muito bom não? A convivência..." (Estela, 87 anos, viúva).

Nesse sentido, a população idosa tem a expectativa de desfrutar, ainda, por vários anos, de uma vida saudável e ativa, com uma boa qualidade. Qualidade de vida no idoso se relaciona, como citado anteriormente, com a "capacidade de o idoso desenvolver suas atividades de vida diária". Nas falas dos idosos,

eles demonstram perceber como satisfatória sua qualidade de vida, mencionando como determinantes fatores como bens de consumo, saúde, boa alimentação e carinho de familiares. A qualidade de vida da população idosa está relacionada a suas atividades cotidianas e à manutenção ou ganho de autonomia no seu meio familiar, (Darnton-Hill, 1995).

Consideram-se, também, de grande importância as atividades que são desenvolvidas em contato com outras pessoas da mesma faixa etária a convivência e os exercícios físicos moderados. Essas são atividades que proporcionam melhora na auto-estima do idoso e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida.

A grande preocupação neste estudo, como referido na introdução, era relacionar causas de doenças e estilo de vida. Portanto, consistiu ponto alto de reflexão o momento em que uma das minhas entrevistadas, D. Estela, viúva, 87 anos, me falou: "*eu tenho problema do coração, mas eu nem lembro, eu não me sinto doente por isso não...*"

Com esses exemplos, pude confirmar a fala de Veras (1994), que diz que mais importante que pesquisar doenças em populações idosas era constatar se estas os impedem de desempenhar suas atividades de vida diária.

Eles, entretanto, em muitas falas, não deixaram de mencionar como "boa qualidade de vida" os fatos de a pessoa ter o que comer, ou onde morar, ou ter emprego, boa alimentação, expressando esses conceitos como cidadãos comuns, que estão inseridos no contexto social das crises em que vivemos.

Nas falas dos idosos, quando indagados sobre o que consideram importante, para ter saúde, fizeram as seguintes colocações:

"... importante pra gente ter saúde é uma boa alimentação, uma boa higiene, uma boa alimentação né, muito importante porque acha que

alimentar bem é comer muito, muita carne, muito isso, muito aquilo, e... é saber alimentar..." (D, Maria Antônia, 67 anos, casada).

"... acho que pra ter saúde é a gente saber levar a vida, não abusar, eu pelo menos abusava, abusei. Fiz tudo enquanto errado na vida de novo, mas acho que quando a pessoa tem um trabalho de acordo, tem hora pra dormir certa, ele alimenta de acordo, ele não bebe demais, não abusa de nada, ele tem saúde e continua ter saúde e mais Ter uma boa vida, a gente não tem condição pras coisa..." (Sr. José, 87 anos, viúvo).

"...Eu sei, eu acho assim que toda vida eu tive saúde, mas sou fazedora de regime, se eu chegar no médico e ele falar assim, assim, eu não como não. Eu me domino..." (Efigênia, 65 anos, solteira).

"...Ah eu acho que é alimentar bem, ter uma alimentação balanceada, fazer assim... igual a gente faz, de sair, encontrar com as pessoas, fazer muita amizade." (Maria Salete, 67 anos, viúva).

"...Ah eu acho que uma boa alimentação tem utilidade né, a pessoa fazer tudo o que gosta, não ser obrigada né, a fazer aquilo que não gosta né, e isso tudo é bom pra saúde, e ter uma vida controlada (Raimunda, 60 anos, casada).

Portanto, percebi que qualidade de vida, para eles, na velhice, está muito relacionada a saúde e

autonomia, com a possibilidade de exercer as atividades de vida diária sem impedimentos.

Nas falas dos idosos, havia uma forte associação entre velhice e falta de autonomia e, conseqüentemente, falta de saúde, ou seja, consideravam como velhas e incapazes as pessoas impedidas de desempenhar suas atividades físicas e mentais. Os idosos percebem a velhice não ligada à idade cronológica, mas enveredam essa discussão (ser idoso) para a questão da saúde, associando a velhice à perda de saúde (Caldas, 1997).

Seja qual for o tipo de insanidade, ela tem o poder de retirar o indivíduo de seu convívio social, e para as pessoas que procuram atividades extra-domésticas, como é o caso do meu grupo, a doença, diga-se a incapacidade, aparece como ameaça interrompendo o caminho que traçaram.

D. Maria do Carmo, 58 anos, doméstica, relatou que ...

"... se a pessoa tem vontade de sair, passear, trabalhar, tem disposição, nunca é velho. Velho é quando cai numa cama e não levanta mais, esse é considerado velho".

A qualidade de vida deve ser entendida como sendo a condição de existência dos homens/mulheres, referidas ao modo de viver em sociedade, dentro dos limites colocados em cada momento, para se viver o cotidiano. Significa também uma existência que satisfaça as exigências desse cotidiano, onde "viver impedido" acarretará sofrimento que se quer evitar através das ações de saúde. A realização da qualidade de vida no plano individual depende dessa conquista, no plano coletivo, pois as possibilidades de cada cidadão encontram respostas ou limitações no plano coletivo da sociedade.

Uma reflexão que também se esboça é o conceito amplo e positivo de saúde, e a necessidade de construção de uma prática que contribua para as mudanças nas condições de vida e saúde da população. A condução dessa reflexão, no presente trabalho, se dá a partir da indagação do que seja qualidade de vida no particular contexto do grupo de idosos, em estudo, levando-se em consideração também as necessidades variadas que se colocam no plano individual. Nas falas dos idosos, para se obter uma boa qualidade de vida, é necessário:

"... Ah, precisa de paz né, ter paz, não ter ninguém que amola, que fica fazendo a gente ficar com raiva e essas coisas assim, que eu quando fico com raiva fico toda descontrolada mas também aquilo passa logo... É paz, eu acho que é paz, pra mim é paz eu quando tô em paz pra mim tá tudo bom, não tem nada..." (Jovita, 80 anos, viúva).

"...A qualidade de vida é a pessoa conformar com aquilo que ele tem, estar satisfeito com aquilo que tem, aí que é qualidade boa, porque muito conforto não é qualidade de vida, se ele tem conforto, mas ele não tem prazer de viver, não tem amigos. A pessoa pode ter pouco, mas viver bem, estar satisfeito com aquilo que tem, conforme que ele tá bem com aquilo, tá bão..." (Sr, José, 87 anos, viúvo).

"...Uma boa qualidade de vida é a gente... a gente ter família que a gente tem, isso é muito importante. Isso eu acho uma boa qualidade de vida, um dinheirinho a mais, né, eu me conformo com que eu tenho é pouco, mas me conformo com o meu..." (E. Maria Antônia, 67 anos, casada).

"...eu acho que a gente tendo um dinheiro suficiente, pra gente manter, sem dever e sem ficar comprando assim... e ficar devendo pagando juros isso tudo eu acho que é importante pra ter qualidade de vida..." (Maria Salete, 67 anos, viúva).

O estudo de representações ou percepções sobre os fatores que afetam a autonomia é de grande importância, à medida que, através deles, será possível entender suas implicações na vida do idoso e possibilitar o empreendimento de medidas preventivas para a melhoria da qualidade de vida da população idosa.

A identificação de problemas de saúde no idoso tem um grau de importância distinto do que ocorre nos demais grupos etários. Mais importante do que constatar uma determinada patologia é identificar se esse problema está impedindo o desempenho de atividades pelo idoso. As atividades de vida diária se mostram como um indicador sensível na definição da qualidade de vida do idoso.

"...Sozinha e se preciso de ir ao médico, vou sozinha, ninguém fica sabendo, sabe assim às vezes mexe nas minhas coisas lá aí vê e pergunta: ô mãe cê foi ao médico? Mas nem pra ir ao médico não gosto que fiquem sabendo..." (D. Maria Antônia, 67 anos, casada).

"...faço de tudo, não tenho ajuda de nada. Não tem quem lava um copo pra mim..." (Clarice, 63 anos, casada).

"...tudo eu faço sozinha, eu que tomo conta dos meus negócios, tudo sozinha, eu faço, vou a banco e tudo...Eu tenho uma companhia que vai comigo caminhar, minha prima, que ela também é viúva, mas pra minha casa vou sozinha,

venho à missa sozinha..."
(Efigênia, 65 anos, viúva).

"...Ando tudo sozinho, vou daqui lá pra roça, vou pro Pau de Paina, vô lá no Paraiso a pé... vou e volto..." (Terezinha de Jesus, 67 anos, viúva).

Do ponto de vista social, Beauvoir (1990) afirma que o estatuto da velhice é imposto ao homem pela sociedade à qual pertence. Portanto, não se pode considerar em separado os dados orgânicos e os fatos psicológicos, eles se impõem mutuamente. A sociedade destina ao velho o seu papel, e o indivíduo é condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade em relação a ele.

5. CONCLUSÕES

Por meio desta pesquisa, que objetivou identificar o envelhecimento demográfico na Microrregião e no município de Viçosa-MG, analisando também as representações da velhice, do processo saúde/doença, autonomia e qualidade de vida através da percepção de um grupo de idosos participantes do grupo de terceira idade do referido município, chegou-se às seguintes conclusões:

- Quanto ao envelhecimento demográfico, a população da Microrregião está inserida no processo de transição demográfica com modificações nas suas estruturas etárias, com diminuição na proporção de pessoas em idades jovens, devido à queda da fecundidade que ocorre em ritmo sem precedentes. A estrutura populacional jovem, reflexo da fase anterior de alto crescimento, ajudou a dissimular essa queda. Houve também migração de pessoas jovens e, conseqüentemente, há maior número de pessoas com 60 anos e mais. Foram encontradas diferenças acentuadas entre a

Microrregião e o município de Viçosa. Na Microrregião ocorre um esvaziamento de populações nas faixas etárias de 45 a 54 anos, em 1990, e no município de Viçosa as populações menores de 20 anos são as menores, e as referentes às populações de 20-54 são maiores. Viçosa caracteriza-se então como centro polarizador em termos microrregionais, atraindo populações em idade de trabalho/estudo, fazendo com que o peso relativo dessa população seja maior.

- Quanto às mudanças nos padrões de mortalidade, verificou-se que, em 1980, os óbitos se davam principalmente por doenças perinatais e em 1991 e 1995 as principais causas de óbitos foram as doenças do aparelho circulatório, o que sinaliza um processo de transição epidemiológica.

- Em relação à qualidade de vida apresentada pelas informantes esta se relaciona ao estilo de vida delas, determinado pela autonomia, pelo desempenho das atividades de vida diária, pela segurança sócio-econômica, pela compreensão dos fenômenos saúde-doença sob óticas subjetivas e pelas relações familiares. Tais características confirmam, para a cidade de Viçosa-MG, os aspectos considerados na literatura sobre a qualidade de vida do idoso e seus determinantes. Entretanto, as falas e as práticas observadas nesses idosos, assim como o uso do referencial teórico e da metodologia qualitativa deram o tom e a singularidade aos resultados, privilegiando uma identidade que não seria revelada com outro tipo de metodologia - a identidade de sujeitos que traçam objetivos e os perseguem - pois nada haveria de novo se essas pessoas não fossem idosos.

- Quanto à denominação de velho, tão comum nesta abordagem, para as pessoas que freqüentam o grupo, a atribuição baseia-se não na aparência física ou idade cronológica, mas na falta de autonomia e de saúde, sendo "velhos" somente os doentes, incapazes de desempenhar

qualquer atividade física ou mental. As doenças às vezes, tem o poder de retirar o indivíduo de seu convívio social, e para as pessoas idosas que procuram nas atividades extra domésticas a realização de objetivos, a doença, principalmente a incapacitante, aparece como ameaça, interrompendo o caminho novo que traçaram.

- As questões de gênero na "terceira idade" não decorrem apenas de questões demográficas, em que as mulheres representam maior número que os homens, mas de diferenças existentes entre a velhice do homem e a da mulher: para o homem, a aposentadoria significa redução das relações sociais, incorrendo na eliminação do seu lado público por ele próprio e, ou, pela dificuldade de formação de novos laços de amizade, o que representa perdas sociais e, conseqüentemente, perdas na qualidade de vida. Por outro lado, as mulheres sujeitos desta pesquisa não se desvincularam de seu trabalho doméstico, o que incorre em exacerbação do aspecto público por meio do grupo de convivência. Para as mulheres, mesmo que haja mudanças nas relações familiares pela perda do marido ou saída dos filhos para trabalhar ou casar, o vínculo doméstico continua.

- O grupo estudado apresentou-se com um maior número de mulheres e há um contraste entre a velhice das mulheres e a velhice dos homens e um contraste entre essas mesmas mulheres com as mulheres com padrão de vida da "velha" comum ou tradicional.

- A disponibilidade de serviços desejados e adequados para a população idosa, como grupos de convivência, se mostram como alternativas propiciadoras de melhor qualidade de vida, a uma população cada vez maior de idosos. O papel desempenhado pelos "Grupos de Terceira Idade", mesmo que ainda de forma incipiente, tem sido o local de socialização de pessoas da mesma idade, além de se tornar um local adequado para trabalhos preventivos com os idosos sem o caráter de serviços médicos.

- A nova versão da velhice, descrita neste estudo, permitiu melhor compreensão das características desse curso da vida, havendo de servir como alerta aos profissionais de saúde, que trabalham a questão do idoso, os quais deverão elaborar práticas preventivas, uma realidade reconhecida para o grupo estudado, a ser implementadas, visando a melhor qualidade de vida para a população idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N. *A clínica e a epidemiologia*. Rio de Janeiro/Salvador: APCE/ABRASCO, 1992. 164p.
- ALMEIDA FILHO, N. O problema do objeto de conhecimento na epidemiologia In: COSTA, D. C. *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 203-220.
- ANDRADE, C.J.M. *Representações de saúde/doença e alternativas terapêuticas em bairros da periferia de Belo Horizonte (1994-1996)*. Belo Horizonte: UFMG, Escola de Veterinária, 1996. 113p. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária Preventiva). Universidade Federal de Minas Gerais, 1996.
- BARATA, B. R. A historicidade do conceito de causa. In: **TEXTOS** de apoio epidemiologia I. 2.ed. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ ABRASCO, 1990. p. 13-27.
- BARRETO M. L., ALVES, P. C. O coletivo versus o individual na epidemiologia: contradição ou síntese? In: COSTA, M.F.L., SOUSA, R.P. (Orgs.) **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia**. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: COOPMED/ABRASCO, 1994. p.129-136.

- BARRETO, M.L. **Admirável mundo velho - Velhice, fantasia e realidade social.** São Paulo: Ática, 1992. 237p.
- BAETA, A. M. C. Transição demográfica e novas demandas em saúde. O atendimento a terceira idade. **Revista de Administração Pública**, v.25, n.2, p.173-1781, 1991.
- BARROS, M. L. **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: F.G.V., 1998. 235p.
- BARROS, M. L. **Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice.** Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- BIBEAU, G. Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo. In: Primer simpósio Internacional de cultura y salud. La cultura de la salud en la construcción de las Américas. VI CONGRESO DE ANTROPOLOGIA EN COLOMBIA. **Anais...** Colômbia, Instituto colombiano de Antropologia, 1993, vol 1.
- BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise In: VERAS, R. P. **Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995. p.29-48.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo.** Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1970. 309p.
- BEAUVOIR, S. **A velhice.** São Paulo: Difusão Européia de Livro, 1990.
- BEHM, H. Determinantes econômicas y sociales de la mortalidad en América Latina, **Revista Cubana Adm. Salud**, v.6, p.1-30, 1980.
- BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A.M., Características sócio-demográficas da população idosa brasileira. **Estudos Feministas**, v.5, n. 1, p.106-128, 1997.
- BERKER, D.P., BENNETT, F. J. **Practical epidemiology.** 2.ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1976. 180p.
- BERLINGUER, G. **A doença.** São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1988.150p.
- BERQUÓ, E. S., PACHECO, J. M. P., GOTLIEB, S. L. P. **Bioestatística.** São Paulo: EPU, 1980. 350p.
- BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças do velho.** 3. ed. São Paulo: Schwartz, 1994. 484p.
- BRASIL Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria da Assistência Social. **Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso.** Brasília: 1997.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Estatísticas de mortalidade.** Brasil, 1985. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- BRITTO DA MOTTA, A. Terceira idade - gênero, classe social e moda teórica, In: ENCONTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS DO NORTE-NORDESTE, DE ESTUDOS E PESQUISA SOBRE A MULHER E RELAÇÕES DE GÊNERO, 4., 1995, João Pessoa. **Anais...** Joinville: Redor, 1995.
- BREILH, J. **Producción y distribuyón de la salud/enfermidad como hecho coletivo.** Quito: Editorial Universitário. 1988. 360p.
- CALACHE, I. **Sentido de vida: uma questão de saúde mental do idoso.** Ribeirão Preto: 1993. 150 p.

- CALDAS, C. P. Memória, trabalho e velhice. Um estudo das memórias de velhos trabalhadores. In: VERAS, R. P. **Terceira idade: desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997. p. 121-142.
- CAMARANO, A. A., BELTRÃO, K., NEUPERT, R. **Século XXI: a quantas andará a população brasileira?** Brasília: IPEA, 1988. 55p.
- CANGUILHEN G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990. 307p.
- CARDOSO, R.C. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: DURHAM, E R. **A aventura antropológica: teoria e pesquisa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p.95-105.
- CARVALHO, J. A. M. **Crescimento populacional e estrutura demográfica**. (Apresentado no Seminário Dinâmica Demográfica e Desenvolvimento em maio de 1993 no Rio de Janeiro).
- CARVALHO, J. A. M. O tamanho da população brasileira e sua distribuição etária: uma visão prospectiva. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 6, 1988, Olinda. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 1988. V. 1, p.37-66.
- CARVALHO, J. A. M. **A recente queda da fecundidade no Brasil**, evidência e interpretação. Belo Horizonte, UFMG - CEDEPLAR, 1981. (Monografia n. 12).
- CARVALHO, J. A.M., SAWYER, D. O., RODRIGUES, R.N. **Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia**, Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG. 1994. 50 p.
- CASTIEL, L.D. O estresse na pesquisa epidemiológica: o desgaste dos modelos de explicação coletiva do processo saúde/doença. **Physis**, v.2, n.1, 1992.
- CAVALCANTI, M. G. P. H. & SAAD, P. M., Os idosos no contexto da Saúde Pública. In: Fundação SEAD - **O idoso na Grande São Paulo**. São Paulo, p. 181-206. 1990.
- CHAIMOVICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: Problemas projeções e alternativas, **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2. p.184-200, 1987.
- COALE A. The demographic transition. **Pakistan Develop Rev.** v.23, p.531-552. 1984.
- DARNTON-HILL, L. El envejecimiento com salud y la calidad de la vida. In: **FORO MUNDIAL DE LA SALUD**, v. 16, 1995, p.381-391.
- DEAN, J. A., COULOMBIER D., SMITH D.C. **A Word processing, database, and statistics program for public health on IBM - Compatible microcomputers**. Atlanta: CDC, 1994. (version 6).
- DEBERT, G. G. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 12, n. 34, p.39-56, 1997a.
- DEBERT, G. G. Envelhecimento e curso da vida. **Estudos Feministas**, v.5, n. 1, p.120-128, 1997b.
- DEBERT G. G. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS. L. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. 235p.

- DEBERT G. G. Gênero & envelhecimento. **Estudos feministas**. v.2, n.3, p.33-51, 1994.
- DUCHIADE, M. P. População brasileira um retrato em movimento. In: MINAYO, M. C. (Org) **Os muitos brasis: Saúde e população na década de 80**. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p. 14-56.
- ELIZAGA, J. C. Métodos demográficos para el estudio de la mortalidad. Santiago de Chile: Centro Latino Americano de demografia, 1972 (CELADE - série E, n. 4).
- FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e imagem do processo de envelhecimento. In: STUCCI D. (Trad.) **Textos didáticos, antropologia e velhice**, Campinas: IFCH/ UNICAMP, 1998. p.45-64.
- FELDMAN BIANCO, B. **Antropologia das sociedades contemporâneas**, São Paulo: Global, 1987. p.7-38.
- FILIZOLA, M. A. **Velhice no Brasil: etarismo e civilização**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972, 302p.
- FORATINI, O. P. **Epidemiologia geral**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Artes Plásticas, 1976. 256p.
- FRANÇA, L.H.P. Perspectivas existenciais num grupo de idosos, **Intercâmbio**, v.4, n.2, p.49-56, 1989.
- FRANÇA, H. L., SOARES, N. E., A importância das relações intergeracionais na quebra do preconceito sobre a velhice In: VERAS, R. P.(Org): **Terceira idade, desafios para o 3º Milênio**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997. p.143-169.
- FRAIMAN, A. P. Aposentadoria, menopausa: sentença de morte. In: BRASIL Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Assistência Social. **Reflexões sobre o idoso no Brasil**. Brasília: 1987. p. 39-42.
- FRANCHETTO B., CAVALCANT M. L.V. C., HEILBORN M. L., SALEM T. **Mulheres faveladas: "com venda nos olhos"**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. 100p.
- FRENK, J., FREJKA, T. BOBADILLA, J. L., STERN, C. LOZANO, R., SEPULVEDA, J., JOSÉ, M., La transición epidemiológica en America Latina. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, 111 p.485-96, 1991.
- FRIES, J. F. Aging, natural death and compression of mortality **The New England Journal Medicine**, v.303, p.130-135, 1980.
- FRIES J. F. "The Compression of Morbidity", **Health and Society**, v.61, n.3, 1983. p. 397-419.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações em Saúde. **Estatísticas de mortalidade**. Brasília: 1991.
- FUNDAÇÃO DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, 1978-1989. O quadro da mortalidade por classes de renda: um estudo de diferenciais nas regiões metropolitanas. Rio de Janeiro: 1981. 52p.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**, Rio de Janeiro, 1990.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostras de**

- Domicílio (PNAD):** Síntese de indicadores. 1993. Rio de Janeiro. IBGE, 1996.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico**, 1970. Rio de Janeiro, 1994 (8º Recenseamento geral do Brasil).
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico**, 1980. Rio de Janeiro, 1994 (9º Recenseamento geral do Brasil).
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico**, 1991. Rio de Janeiro, 1994 (10º Recenseamento geral do Brasil).
- GARCIA, S. G. Antropologia, modernidade, identidade: notas sobre a tensão entre o geral e o particular, **Tempo Social, Revista Sociol.** v.5, n.1-2, p.123-143, 1994.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 323p.
- GOLDBERG, M. Cet obscur objet de l'épidémiologie. **Sciences sociales et Santé.** v. 1, n. 3, p.55-110, 1982.
- GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da epidemiologia In: COSTA, D.C.. **Epidemiologia teoria e objeto**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1990. 220p.
- GREVILLE, T.M.E. **United States Life Tables and Actuarial Tables 1939-1941**. Washington: United States Department of Commerce, Bureau of The Census, 1946.
- GRIMBERG, M. Relações entre epidemiologia e antropologia. In: ALVES, P. C., RABELO, M. C. **Antropologia da saúde – Traçando identidade, explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p. 95-106.
- GRIMLEY-EVANS J. Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches. **J. Chron. Dis.**, n.37. p. 353-363, 1984.
- HADADD, E. G. M. Para que servem os idosos? **Revista Lua Nova. Cultura e política**, v.3, n.2, p.46-48. 1986.
- HADADD, E.G.M. **O direito à velhice: Os aposentados e a previdência social**. São Paulo: Cortez, 1993. 115p.
- HAGUETE T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**, 3. ed. Petrópolis: vozes, 1992. 224p.
- JENICEK, M., CLEROUX, R. **Epidemiologie, principes, tecnicas e applications**. Paris: Edisen-Maloine, 1982. 454p.
- KALACHE A., VERAS R. P., RAMOS L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, n.21, v. 3, p. 200-210, 1987.
- LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 274p.
- LASLETT, P. **The emergence of the third age: Ageing and Society**, 1987.
- LAURENTI, R. Indicadores de saúde. In: SOUZA, C.A.M., TADDEI, J.A.A.C. (Orgs). **Textos em epidemiologia**. Brasília: SEPLAN/CNPQ, 1984. 129p.
- LAURENTI, R. **Estatísticas de saúde**. São Paulo: EPU/ EDUSP, 1985. 186p.
- LAURENTI, R. A Transição demográfica e epidemiológica. Documento apresentado em mesa redonda In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1, 1991, Campinas. **Anais...** Campinas: ABRASCO, 1990. p. 143-165.
- LENOIR. R. "L" invention du troisieme âge: Contitution du champ des agents de festion

- de la viellesse". *Actes de la Reserche en Sciences Sociales*, v.26, p.83-107. 1979.
- LÉVI-STRAUSS, C. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974. p. 1-36.
- LITIVAK J. El envejecimiento de la poblacion: um desafio que vá mas allá Del ano 2000. *Bol. Oficina Sanit. Panam*, n. 109, p. 1-5, 1990.
- LOBO E. S. Experiências de mulheres, destinos de gênero. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*. v. 1, n. 1, p.169-182, 1989.
- MACMAHON, B. "Princípios y métodos de epidemiologia". México, D.C. La Prensa Médica Mexicana, 1975. 376p.
- MAGALHÃES, D. N. *Invenção social da velhice*. Rio de Janeiro: Papagaio, 1989.125p.
- MAUSS, M. *Antropologia*. São Paulo: Ática, 1979. 231p.
- MIETTINEN, O. *Theoretical epidemiology*. New York; John Wiley & Sons, 1985 apud ALMEIDA FILHO, N. *A clínica e a epidemiologia*. Salvador:APCE/ABRASCO, 1992. 164p.
- MINAYO, M. C. S. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N., RAMOS, C. L., MINAYO, C., STOTZ, E. N. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes, 1989. v.2. p.75-101.
- MINAYO, M. C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1993. 262p.
- MINAYO, M. C. S. Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos In: COSTA, M. F.L., SOUZA, R.P. (Orgs.) *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*. Belo Horizonte: COOPMED, 1994. p.25-33.
- MINAYO, M. C. S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso Brasileiro. In: ALVES, P. C., RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da saúde – traçando identidade, explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p.29-46.
- MINAYO, M.C.S., SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 3, n. 3, p.239-262, 1993.
- MERRICK, T.W., GRAHAM, D. *População e desenvolvimento econômico no Brasil de 1800 até atualidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.442p.
- MENDONÇA, G. A. S., TEIXEIRA, M.T.B. Câncer: Um sério problema para população idosa, In: VERAS, R. P. *Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995. p.79-96.
- MENÉNDEZ, E. L. Antropologia médica e epidemiologia. Processo de convergência ou processo de medicalização. In: ALVES, P. C., RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da saúde: Traçando identidade, explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p. 71-93.
- MONTEIRO, M. F. G., ALVES, M. I. C. Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. In: VERAS, R. P. (Orgas.) *Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995. p. 65-78.
- MOTTA A. B., Palavras e convivência – Idosos Hoje. *Estudos feministas*, v.5, n.1, p.129-139, 1997.

- MOTTA, F. M. **Velha é a vovozinha: identidade feminina na velhice.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1998. 142p.
- MOTTA, F. M. "Bem mulherzinha" o sexo, o corpo e a relação homem /mulher, entre mulheres na velhice. **Cadernos de antropologia.** v.3 n.1, p.17-32, 1995.
- NILSON M., EKMAM S. L., ERICSSON K., WINBLAD B. Some characteristics of the quality of life in old age illustred by means of Allardt's concept, **Scand J. Caring Sci.**, v.2, n.10, p.116-121, 1996.
- OJEDA, E., CUMINSKY, M. Características de la mortalidad y morbilidad en menores de 10 anos: In: OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD. **Condiciones de salute del nino en las Américas: Ano Internacional del nino.** Washington: 1979. p.1-35.
- OLIVEIRA, J. A. A., TEIXEIRA, S. M. F. (Im) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes – ABRASCO, 1985, 360p.
- OLIVEIRA, L. A. P., FELIX, C. A. **A dinâmica demográfica recente: níveis, tendências e diferenciais.** In: Fundação IBGE. **Indicadores sociais: uma análise da década de 1980.** Rio de janeiro: 1995. p.25-41.
- OLIVEIRA E SILVA, A. I. **The discursive construction of domesticity and Femininity in the brasilian 1950s.** Londres: University of London, 1998. Tese (Doutorado em Antropologia Social) University of London, 1998.
- OMRAN A. **The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change.** Milbank man Fund, v. 49. p. 509-538. 1971
- PEIRANO, M. **A favor da etnografia,** Rio de janeiro: Relume Dumará, 1995. p.31-57.
- PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: LINS DE BARROS, M.M. **Velhice ou terceira idade?** Rio de janeiro: F. G. V., 1998. 235p.
- PEIXOTO, C. E. **História de mulheres, de envelhecimento e sexualidade, apresentado no S. T. sexualidade e subjetividades.** Caxambu: ANPOCS, 1997.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 583p.
- PERINI, E. **O Abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos.** Belo Horizonte: UFMG, Escola de Veterinária, 1998. 218p. Tese (Doutorado em Ciência Animal), Universidade Federal de Minas Gerais, 1998.
- PRATA, L. E. **Os programas especificamente destinados à população idosa & os idosos face aos benefícios previdenciários. O idoso na grande São Paulo.** São Paulo: SEADE, 1990. p. 207-249.
- PLUCIENNICK, A. M. A. SHIRASSU, M. M. **Câncer.** São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", 1993. 174p.
- RAMOS, L., VERAS, R.P., KALACHE A. **Envelhecimento populacional: Uma realidade brasileira.** **Revista Saúde Pública,** n. 21, p. 211-224, 1993.
- RIBEIRO, R. C. L., MODENA, C. M., FONSECA, M.C., TINOCO, A.L.A. **Envelhecimento da população: breve**

- análise da microrregião de Viçosa, MG. *Revista Oikos*, v. 9, n.2, p. 15-19, 1996.
- RODRIGUES, J. C., **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: UFRJ, Museu Nacional, 1979. 174p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1979.
- RODRIGUES, S. G. Avaliação e perspectivas da epidemiologia no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. 1, 1990, Campinas. *Anais...Campinas: ABRASCO*, 1990, p.108-139.
- ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. 540p.
- ROWE, J. W., KAHN, R. L. Human aging: usual and successful. *Science*, v. 237, p.143-149, 1987.
- RUFINO-NETTO A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. 2, 1994, Belo Horizonte. *Anais... Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO*, 1994. p.11-18.
- SAAD, P. M., CAMARGO, A. B. M. O envelhecimento populacional e suas conseqüências. *São Paulo em Perspectiva*. v. 3, n.3, p. 40-45, 1990.
- SALGADO, M. A. **Velhice, uma nova questão social**. São Paulo: SESC, (Série terceira idade). 1982. p. 48-49.
- SAHLINS, M. **Cultura e razão prática**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996. 243p.
- SEVALHO, G., CASTIEL, L. D. Epidemiologia e antropologia médica: a possível in(ter)disciplinaridade. In: ALVES, P.C., RABELO, M.C. **Antropologia da saúde**, Traçando identidade, explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p.47-69.
- SCHRAMM F. R., CASTIEL L. D. Processo saúde/doença e complexidade em epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, v.4, n. 8, p. 379-390, 1992.
- SCOTT, J. **Gender: "a useful category of historical analysis"**. *The American Historical Review*, v. 91, n.5, p.1053-1101, 1988.
- SHRYOCK, H.S., SIEGEL, J. S. **The methods and materials of demograph**. Washington, D.C.: Bureau of the Census, U.S. Government Printing Office, 1980. p.273-312.
- SIMMONS, L. W. **The role of the aged in primitive society**. New Haven: Yale University Press, 1945.
- TRIVIÑOS, A. N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Ática, 1987. 165p.
- YAZAKI, L. M., OMRAN, A. Evolução da Mortalidade da população idosa no município de São Paulo. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 6, 1980, São Paulo. *Anais... São Paulo: 1980*.
- YAZAKI, L. M. **Contribucion de las causas de muert en la evolucion de la mortalidade en el Estado de São Paulo - Brasil, 1975 - 1983**. Santiago: CELADE, 1986. Dissertação (Mestrado) CELADE, 1986.
- YAZAKI, L. M., SAAD, P. M. Mortalidade da população idosa. In: FUNDAÇÃO SEAD. **O idoso na Grande São Paulo**. São Paulo: 1990, p. 125-159.
- WONG, L. R. Tendência recente da fecundidade no Estado de São Paulo, Brasil. *Estudos da População*, v. 2 n. 1, p. 75-103, 1985.

WORD HEALTH ORGANIZATION/WHO.

Prevent disability in the elderly. Euro reports and Studies. Copenhagen: 1982.

VELHO, G., VIVEIROS, D., CASTRO E. B., O conceito de cultura nas sociedades complexas: Uma perspectiva antropológica. In: RIO DE JANEIRO. **Conselho Estadual de Cultura Artefato**, um jornal da cultura. Rio de Janeiro: 1978.p.1-30.

VELHO, G. Obsevando o familiar. In: NUNES, E. (org.) **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro, Zahar, 1980, p.36-46.

VERAS, R. P. **País Jovem com cabelos brancos** – A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 224p.

VERAS, R. P., ALVES, M. J. A população idosa no Brasil. Considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, M. C. (Org), **Os muito brasis**. Saúde da população na década de 80. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, p.320-337.1995.

APÊNDICE A

Tabela 1A - Distribuição etária percentual da população brasileira, 1980 e 1990

Idade	Homens			Mulheres		
	1980	1990	Diferença	1980	1990	Diferença
0-4	14,7	11,78	-2,29	13,55	11,18	-2,37
5-9	12,66	12,25	-0,42	12,20	11,63	-0,57
10-14	12,12	11,88	-0,24	11,88	11,44	-0,44
15-19	11,35	10,39	-0,96	11,49	10,29	-1,20
20-24	9,61	9,30	-0,31	9,76	9,27	-0,49
25-29	7,86	8,46	0,60	8,03	8,64	0,61
30-34	6,44	7,36	0,93	6,50	7,51	1,01
35-39	5,29	6,24	0,95	5,39	6,43	1,04
40-44	4,83	5,28	0,45	4,80	5,29	0,50
45-49	3,90	4,11	0,21	3,93	4,18	0,25
50-54	3,45	3,48	0,04	3,47	3,54	0,08
55-59	2,64	2,77	0,13	2,64	2,96	0,32
60+	5,78	6,70	0,92	6,36	7,64	1,29
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 1980, 1991.

Tabela 2A - Distribuição etária percentual da população da Microrregião de Viçosa-MG, 1970, 1980, 1991*

Idade	Homens			Mulheres		
	1970	1980	1991	1970	1980	1991
0-4	7,58	6,81	5,59	7,40	6,72	5,44
5-9	7,76	6,47	5,95	7,48	6,08	5,75
10-14	7,39	6,52	5,98	7,08	6,37	5,86
15-19	6,21	6,34	5,22	5,85	6,18	5,04
20-24	3,50	4,46	4,52	3,98	4,86	4,56
25-29	2,61	3,47	4,11	3,07	3,58	4,19
30-34	2,39	2,59	3,73	2,69	2,67	3,61
35-39	2,47	2,27	3,13	2,63	2,39	3,14
40-44	1,89	2,15	2,48	1,97	2,41	2,38
45-49	2,14	1,99	1,89	2,30	2,08	1,97
50-54	1,34	1,76	1,66	1,25	1,80	1,86
55-59	1,64	2,91	1,62	1,60	1,46	1,67
60+	2,89	3,45	4,03	2,70	3,35	4,47
Total	40.260	40.556	53.326	40.424	40.615	53.623

Fonte: IBGE: Censo Demográfico, 1970, 1980, 1991.

* Dados em percentagem.

Tabela 3A - Distribuição etária percentual da população do município de Viçosa-MG, 1980-90

Idade	Homens			Mulheres		
	1980	1990	Diferença	1980	1990	Diferença
0-4	12,2	10,9	-1,3	12,0	10,7	-1,3
5-9	12,2	11,3	-0,9	11,0	10,9	-0,1
10-14	11,8	11,5	-0,3	11,4	11,0	-0,4
15-19	12,6	9,9	-2,7	12,1	9,7	-2,4
20-24	10,5	9,3	-1,2	12,0	10,0	-0,2
25-29	9,1	8,9	-0,2	9,3	9,6	0,3
30-34	6,8	8,5	1,7	6,6	8,2	1,6
35-39	5,0	7,1	2,1	5,2	6,8	1,6
40-44	4,5	5,7	1,2	4,8	5,2	0,4
45-49	3,7	3,8	0,1	3,9	4,0	0,1
50-54	3,4	3,1	-0,3	3,4	3,5	0,1
55-59	2,6	2,9	0,3	2,7	2,8	0,1
60+	5,6	7,1	1,5	5,6	7,6	2,0
60+	5,6	7,1	1,5	5,6	7,6	2,0
Total		100,00			100,00	

Fontes: IBGE: Censo Demográfico, 1970, 1980, 1991.

Tabela 4A - População residente, segundo municípios da Microrregião de Viçosa-MG, entre 1970 e 1991 e taxas de crescimento geométrico anual médio

Municípios	1970	TC	1980	TC	1991
Araponga	6.338	-4,93	3.870	2,65	7.923
Cajuri	4.173	-3,07	3.067	1,75	3.721
Canaã	6.030	-1,24	5.325	0,15	5.414
P. Cândido	8.046	-1,01	8.191	0,12	8.305
P. Anta	5.499	-2,90	4.112	0,08	4.150
P. Firme	9.741	-0,67	9.102	0,33	9.439
S.M. Anta	6.429	-1,55	5.504	1,24	6.315
Teixeiras	8.704	-0,14	8.582	1,41	10.024
Viçosa	25.724	-2,61	33.413	3,96	51.658
Mic. Viçosa	80.684	-0,06	81.171	2,29	106.949

Fonte: IBGE: Censo Demográfico, 1970, 1980, 1991.

Tabela 5A - Distribuição da população de 60 anos, segundo o sexo, na Microrregião de Viçosa-MG, 1970-1991

Municípios	Distribuição da População			
	Sexo	1970	1980	1991
Araponga	Homens	151	113	262
	Mulheres	127	107	254
Cajuri	Homens	110	106	178
	Mulheres	99	119	198
Canaã	Homens	147	185	236
	Mulheres	131	165	219
P. Cândido	Homens	217	336	383
	Mulheres	224	314	447
P. Anta	Homens	152	162	184
	Mulheres	130	147	201
P. Firme	Homens	244	326	430
	Mulheres	219	297	469
S. M. Anta	Homens	346	230	331
	Mulheres	328	223	313
Teixeiras	Homens	301	414	533
	Mulheres	301	389	597
Viçosa	Homens	709	893	1.691
	Mulheres	720	926	2.024
Total	Homens	2.377	2.765	4.228
	Mulheres	2.279	2.687	4.722
Total Geral		4.656	5.452	8.950

Fonte: IBGE: Censo Demográfico, 1970,1980,1991.

Tabela 6A - Dados gerais da população e densidade demográfica para os municípios da Microrregião de Viçosa-MG - 1991-1995

Município	População Residente		Área Total Km	Densidade Demográfica Hab/km
	1991	1995		
Araponga	7.923	8.420	303,68	27,72
Cajuri	3.721	3.538	83,00	42,62
Canaã	5.414	5.471	175,84	31,11
P. Cândido	8.305	8.387	268,39	31,24
P. do Anta	4.150	4.204	173,08	24,28
P. Firme	9.439	9.543	285,21	33,45
S.M. Anta	6.315	6.539	152,06	43,00
Teixeiras	10.024	10.384	166,09	62,52
Viçosa	51.658	55.561	300,15	185,11

Fonte: IBGE: Censo Demográfico, 1991.

Nota: As populações dos municípios foram estimadas para o ano de 1995, à partir do Censo de 1991.

Tabela 7A - Proporção de pessoas com 60 anos e mais, no Brasil, na Região Sudeste e na Microrregião de Viçosa-MG, 1970, 1980, 1991, 1995

Regiões	Proporção de pessoas com 60 anos e mais (%)			
	1970	1980	1991	1995
Brasil	5,1	6,1	7,7	7,8
Sudeste	5,6	6,4	8,2	8,4
Mic. Viçosa	5,6	6,8	8,5	8,7

Fonte: IBGE: Censo Demográfico, 1970,1980,1991.

Nota: A população para 1995 foi projetada à partir do Censo de 1991.

Figura 7

Proporção de Pessoas com 60 Anos e Mais, Brasil, Região Sudeste, Microrregião de Viçosa, MG

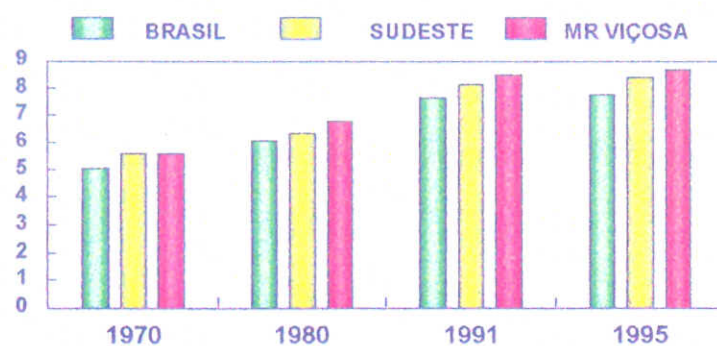


Tabela 8A - População e distribuição etária na Microrregião de Viçosa-MG, 1970, 1980, 1991, 1995

Ano	Distribuição Etária			
	População	0-14	15-64	65 ou +
1970	80.684	44,71%	51,19%	4,08%
1980	81.171	38,98%	56,66%	4,34%
1991	106.949	34,59%	59,74%	5,66%
1995	112.047	31,18%	62,24%	6,57%

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1970, 1980, 1991.

Nota: A População do ano de 1995 foi estimada.

Tabela 9A - Taxas específicas de fecundidade (TEF), de fecundidade geral (TFG) e de fecundidade total (TFT), na Microrregião de Viçosa-MG, 1980

Grupo Etário	População (Feminina)	Nascidos (vivos)	TEF	TFG
15-19	4.229	268	0,0634	
20-24	3.383	774	0,2288	
25-29	2.518	811	0,3221	
30-34	1.851	440	0,2377	
35-39	1.632	282	0,1728	
40-44	1.645	127	0,0772	
45-49	1.420	20	0,0141	
15-49	16.678	2.722		0,1632
TFT			5,5805	

Fontes: Estatísticas do Registro Civil dos Cartórios dos municípios da Microrregião de Viçosa-MG. IBGE: Censo Demográfico 1980.

Tabela 10A - Taxas específicas de fecundidade (TEF), de fecundidade geral (TFG) e de fecundidade total (TFT), na Microrregião de Viçosa-MG, 1991

Grupo Etário	População (Feminina)	Nascidos (vivos)	TEF	TFG
15-19	4.567	276	0,0605	
20-24	4.166	735	0,1765	
25-29	3.818	657	0,1721	
30-34	3.293	348	0,1057	
35-39	2.848	199	0,0699	
40-44	2.160	62	0,0287	
45-49	1.753	14	0,0080	
15-49	22.605	2.291		0,1000
TFT			3,1070	

Fontes: Estatísticas do Registro Civil dos Cartórios dos municípios da Microrregião de Viçosa-MG. IBGE: Censo Demográfico, 1991.

Tabela 11A - Taxas específicas de fecundidade (TEF), de fecundidade geral (TFG) e de fecundidade total (TFT), na Microrregião de Viçosa-MG, 1995

Grupo Etário	População (Feminina)	Nascidos (vivos)	TEF	TFG
15-19	6.543	363	0,0555	
20-24	5.968	724	0,1214	
25-29	5.470	563	0,1030	
30-34	4.717	306	0,0649	
35-39	4.081	117	0,0287	
40-44	3.095	49	0,0159	
45-49	2.512	10	0,0040	
15-49	32.386	2.132		0,0659
TFT			1,96	

Fontes: Estatísticas do Registro Civil dos Cartórios dos municípios da Microrregião de Viçosa-MG. IBGE: Censo Demográfico, 1991.

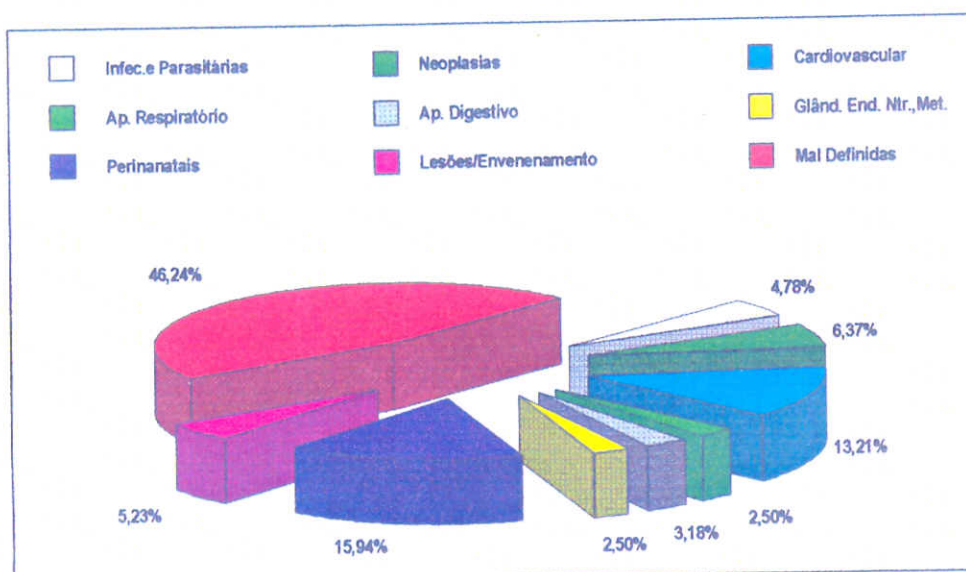
Tabela 12A - Distribuição percentual de óbitos na Microrregião de Viçosa-MG, segundo causas predominantes nos anos de 1980, 1990, 1995

Grupos causais	1980	1990	1995
Infeciosas/parasitárias	4,78%	3,23%	2,92%
Neoplasias	6,37%	9,11%	6,05%
Cardiovasculares	13,21%	21,47%	45,52%
Aparelho respiratório	2,50%	7,35%	16,42%
Aparelho digestivo	3,18%	3,23%	3,25%
Glând. end., nutr., metab.	2,50%	3,23%	1,46%
Perinatais	15,94%	3,82%	1,78%
Lesões/envenenamentos	5,23%	7,94%	4,87%
Mal definidas	46,24%	40,58%	24,55%

Fontes: SIA/SUS, Fundação Nacional de Saúde: CENEPI/DATASUS. Cartórios dos Municípios da Microrregião de Viçosa-MG.

Figura 8

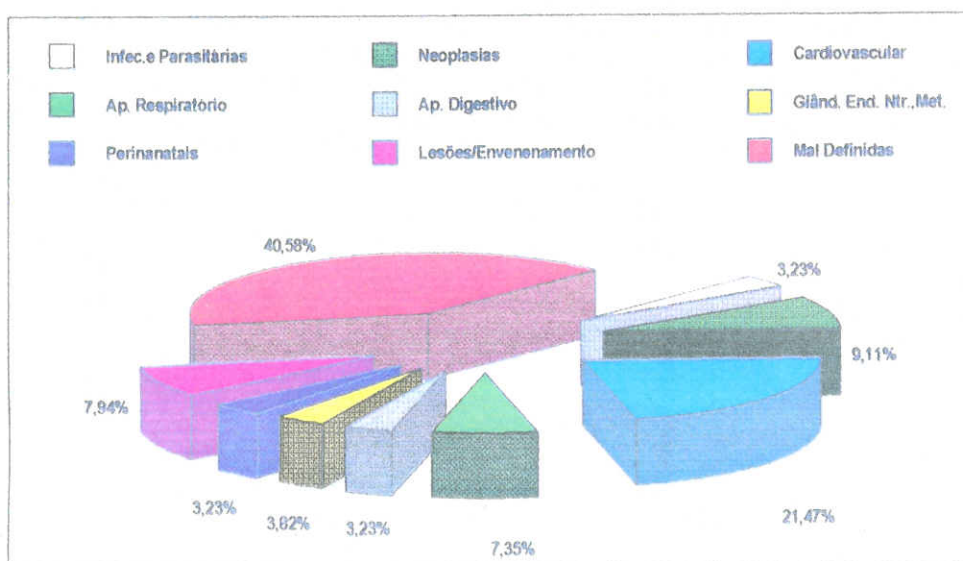
**Distribuição Percentual dos Óbitos na M.R. de Viçosa, MG
Segundo Causas Predominantes no Ano de 1980**



Fonte: Atestados de óbitos dos Cartórios de Registro Civil dos Municípios da microrregião.

Figura 9

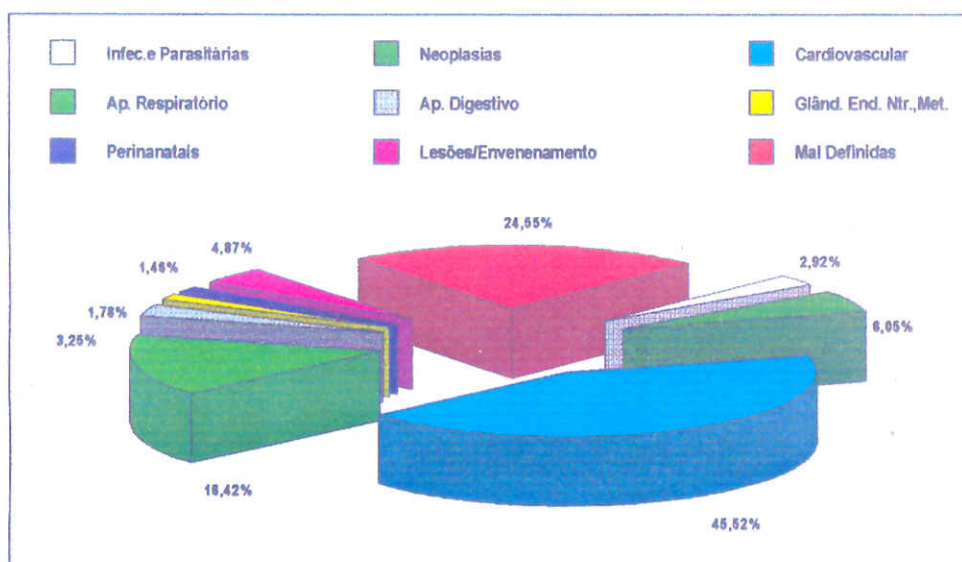
Distribuição Percentual dos Óbitos na M.R. de Viçosa, MG
Segundo Causas Predominantes no Ano de 1990



Fonte: Atestados de óbitos dos Cartórios de Registro Civil dos municípios da microrregião

Figura 10

**Distribuição Percentual dos Óbitos na M.R. de Viçosa, MG
Segundo Causas Predominantes no Ano de 1995**



Fonte: Atestados de óbitos dos Cartórios de Registro civil dos municípios da microrregião

Tabela 13A - Mortalidade proporcional por principais causas, segundo posição que assumem no obituário, nos municípios da Microrregião de Viçosa-MG, 1980,1990,1995

Principais Causas	1980	(%)	1990	(%)	1995	(%)
Doenças do Ap. Circ.	2º	13,21%	1º	21,47%	1º	45,52%
Neoplasias	3º	6,37%	2º	9,11%	3º	6,01%
Doenças do Ap. Resp.	7º	2,5%	4º	7,35%	2º	16,42%
Lesões/envenenamentos	4º	5,23%	3º	7,94%	4º	4,87%
Perinatais	1º	15,94%	5º	3,82%	8º	1,78%
Doenças Ap. Digest.	6º	3,18%	7º	3,23%	5º	3,25%
Doenças Infeciosas e Parasitárias	5º	4,78%	6º	3,23%	7º	2,92%

Fontes: Fundação Nacional de Saúde CENEPI/DATASUS.
Estatísticas do Registro Civil.

Nota: Foram excluídas as causas "Mal Definidas". As proporções dessas causas são de 46,24% em 1980 e 40,58% em 1990.

APÊNDICE B

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Veterinária
Doutoranda em Ciência Animal – Área de Concentração: Epidemiologia
Projeto de Tese: A velhice em uma nova versão: Uma bordagem interdisciplinar na microrregião de Viçosa-MG

GUIA DE ENTREVISTA (temas a serem identificados durante as entrevistas)

Roteiro para Entrevistas
Identificação;

Solicitação de colaboração para a entrevista;

Explicação sobre a entrevista/conteúdo, quanto a gravação, transcrição de fitas, sigilo, utilidade do trabalho a ser desenvolvido;

Consulta sobre a possibilidade de aparecimento do nome verdadeiro nas transcrições das falas para a tese.

Roteiro para entrevista com o idoso

Identificação do entrevistado:

Fale sobre o senhor, sua idade, profissão, o estado civil, religião (frequenta, participa?)

Onde o senhor mora?

Quanto o senhor ganha? É aposentado, pensionista?

Quantas pessoas vivem com essa renda?

Quantas pessoas moram na casa além do senhor?

Quem são essas pessoas?

O senhor tem um quarto separado, só do senhor?

O que tem nesse quarto?

O banheiro é perto do quarto?

O senhor estudou em escola?

Até que série o senhor estudou?

Estilo de Vida:

O senhor fuma, bebe?

Faz alguma dieta, pratica exercícios?

O que o senhor mais gosta de fazer atualmente?

O que não gosta de fazer?

O que não gosta que façam com o senhor?

O que mais o preocupa?

Representação de velhice/ terceira idade:

O senhor acha que há algum problema entre os jovens e os mais idosos?

Como o senhor conheceu o grupo da terceira idade?

O que o senhor acha da expressão “terceira idade”?

O senhor gosta dessa expressão? Por quê?

E da expressão “idoso”, “velho”, por quê?

Em que idade uma pessoa pode ser considerada velha?

Com a “chegada” da idade, a vida muda em alguma coisa?

O senhor se adaptou bem a essas mudanças?

O que o senhor considera mais importante para as pessoas de mais idade?

Autonomia e saúde:

O senhor pratica todas as suas tarefas diárias sozinho?

Quais as tarefas de rotina o senhor tem mais dificuldade de praticar?

O senhor caminha sozinho pelas ruas?

Precisa de alguém para ajudá-lo em alguma atividade?

O senhor tem algum problema de saúde, quais?

Esse problema poderia ter sido prevenido? Por que não se preveniu?

Esse problema interfere em suas atividades de vida diária?

Quais as atividades são prejudicadas?

Qual a doença que mais assusta o senhor?

O senhor vai sempre ao médico? De quanto em quanto tempo?

O senhor está fazendo tratamento médico no presente? Qual?

O que é importante para termos saúde?

Para o senhor o que é ter saúde?

O que é qualidade de vida?

Há mais alguma coisa de que nós conversamos que o senhor gostaria de falar? Ou coisas que o senhor acha importante que nós não conversamos?

APÊNDICE C

EXEMPLO DE ENTREVISTA GRAVADA E TRANSCRITA

A seguir apresentarei a primeira entrevista realizada, gravada e transcrita com uma das participantes do “clube da terceira idade”.

Dona Nadir foi uma das primeiras pessoas a me chamar atenção no grupo, por sua disposição para as atividades (tanto de ginástica, como dança e coral), por sua alegria dominante, por seu jeito de ser, ela é uma pessoa que se pode considerar como, naturalmente, líder. A escolha de sua entrevista como exemplo, não ocorreu por ser a primeira a ser realizada, mas pelo conteúdo da mesma. O que ela nos relata de sua vida passada, de sua rotina diária, de seu sofrimento, torna-se um paradoxo, quando observada no grupo. Mesmo com todos os seus problemas, como apresentado por muitas que foram entrevistadas, elas não se deixam abater, pelo contrário, buscam incessantemente por uma vida melhor, através de “simples” atividades e convivência, que levam muitas dessas pessoas a ter uma vida melhor.

Fita 1 idoso 1
25/08/1998
Tempo: 30 minutos

Rita: São 14 horas do dia 25 de agosto de 1998.
A minha primeira entrevista, com dona Nadir.

Nadir: Para mim é um privilégio.

Rita: A senhora vai ter o privilégio de ser minha primeira entrevistada? (riso).
Eu é que tenho o privilégio de entrevistar a senhora.

Rita: Nome da senhora...

Nadir: Nadir Ferreira Pontes.

Rita: depois não vai constar não, sim dona Nadir?

Nadir: Não tem problema não...

Rita: O endereço da senhora, qual é?

Nadir: 110, Bairro São Sebastião, Viçosa.

Rita: Qual a profissão da senhora?

Nadir: Eu tenho várias profissões: sou costureira, mas agora não costuro porque não gosto, sou vendedora de produtos de beleza.

Rita: E a senhora vende até hoje dona Nadir?

Nadir: Vendo até hoje. Tem 25 anos que trabalho com AVON, Pierre, Cristian Gray.

Rita: Quando eu precisar de produtos, vou atrás da senhora. Agora, a idade da senhora dona Nadir?

Nadir: Tenho 64 anos, fiz agora no dia 26 de julho 64 anos.

Rita: Agora o estado civil da senhora qual que é?

Nadir: Casada.

Rita: E o marido da senhora, por que que ele não vem, junto com a senhora?

Nadir: Porque ele é doente, né?

Rita: Ele não acha ruim da senhora vir não?

Nadir: Ele acha até bom...Ele não toma muito conhecimento dessas coisas não, sabe? Agora eu vou te contar porque, é coisa que não interessa, mas vou te contar porque que é...Ele me largou quando eu tinha... eu tenho 6 filhos, com todos dentro de casa, ele separou de mim ficou 20 anos fora.... A mulher que ele vivia com ela faleceu.... E eu passei muita dificuldade. Minhas meninas eram todos mocinhos rapazinhos sabe... idade ruim né?, difíci,l eu pagando colégio pra eles, foi uma luta mesmo ele não me deu nada, sem pensão nem nada , eu pagava aluguel, eu tinha uma loja e fui acabando com ela.... E eu com aquela luta toda , peguei a minha filha que era uma das mais velhas pra estudar na Universidade, hoje ela é engenheira agrônoma, ela mora em Palmas, e o outro é técnico. Estudando na Universidade ainda, e eu passei por muita dificuldade, então ele ficou 20 anos fora.

Não perguntava e nem nada não queria saber, eu tinha uma menina mais nova que gostava de muita roupa, então eu comecei a vender produtos de beleza porque eu tinha a loja que estava acabada e não tinha mais jeito de tocar a loja, trabalhar, porque eu não tinha capital. Era aquela luta tremenda, minha filha estudava e trabalhava, dava aula nos

colégios... aquela luta, uma formou, a mais velha, foi trabalhar em Belo Horizonte, depois casou, a outra fez a mesma coisa foi trabalhar na Universidade. Ajudava em casa, né? ajudava em casa, os outros foram crescendo uns casou, casaram, e ficou a mais nova essa minha filha que é agrônoma comprou um lote e me deu... eu construí a casa, só que eu construí a casa com a base para quatro andar, já estão todos no lugar, falta só o acabamento, essa minha filha que mora fora, com uma dificuldade só Deus é que sabe, vendendo produto e roupa essas coisas sabe? uma já estava casada, a outra podia ajudar um pouco. Fiz as casas, graças a Deus não tô devendo nada a ninguém... toda vida tive crédito e agora há pouco tempo pra cá, ele pediu pelo amor de Deus pra deixar ele voltar, que ele não tinha aonde morar que ele já tava doente e ele não tinha onde morar, já tava doente, pelo amor de Deus, deixa eu ficar lá e com toda covardia que ele fez comigo, que eu deixasse ele ficar, que ele não tinha nada, falei cê pode ficar, pode ficar não como meu marido eu vou te fazer uma caridade, vou te olhar, por favor, eu não guardo ódio nem nada, conversei com os meninos, eles falaram a senhora é que sabe mãe, a senhora sofreu muito eu fui muito humilhada né? Ele passava perto das meninas ele tinha um carro na praça, ele botava a mulher e as meninas no carro passava perto de casa era muita coisa, muita coisa, sabe? Eu tinha muita oportunidade pra ficar desesperada ter muita depressão ter muita doença, graças a Deus, encarei tudo com a maior seriedade, não entreguei os pontos sabe, o pessoal aí da rua todo é prova disso, todo mundo sabe disso pois eu moro aqui

faz 35 anos. Então todo mundo me conhece né? Então eu acho que a pessoa não deve entregar os pontos, eu tô lá olhando ele lá né? Assim né?... como uma pessoa... eu tenho pena dele. Ele não tem cura né? Tem que olhar tem que levar para o médico, ele perdeu a visão também porque a doença tá atacando a vista também né? Eu faço tudo eu ponho a comida lá pra ele... eu ajudo ele a tomar banho e tem meus netos também que ajuda olhar, e tem minha filha mais nova também, e ela estuda agora na parte da tarde ela está estudando...

Rita: Então a senhora mora com essa filha?

Nadir: Só essa filha solteira que eu tenho, só ela... é o tal negócio, a gente tem que tocar a vida né? Tem que continuar...

Rita: A senhora estudou em escola, dona Nadir?

Nadir: Eu estudei assim no primário. Fiz o primeiro completo, comecei a fazer o supletivo e ficou faltando só a matemática para mim terminar o segundo grau. Esse ano eu vou terminar.

Rita: Então a senhora mora com o esposo da senhora, não é?

Nadir: É e com a minha filha solteira.

Rita: A senhora dorme num quarto separado?

Nadir: É eu durmo no meu e ele no dele.

Rita: E a moça no dela?

Nadir: sim.

Rita: E o que tem nesse quarto que a senhora dorme?

Nadir: *no meu quarto tem televisão, tem rádio-relógio, eu tenho um rádio desses que toca fita e toca CD e livros na estante muitos livros que eu gosto muito de ler sabe?... e tem também minhas roupas que eu vendo também fica dentro desse quarto, os produtos que eu vendo fica tudo nesse quarto também.*

Rita: *O banheiro é pertinho do quarto?*

Nadir: *É perto do quarto. Os quartos são todos perto do banheiro.*

Rita: *Então, aquela pergunta que eu sempre faço pra minha mãe e que eu falei antes pra senhora: O que a senhora gosta de fazer atualmente?*

Nadir: *O que eu mais gosto de fazer, agora, atualmente é quando tem as atividades da terceira idade, ir pro coral, ginástica, dança de salão.*

Rita: *e o que a senhora não gosta de fazer?*

Nadir: *Eu faço tudo com muito carinho, eu mesmo cozinho, que lavo a minha roupa, eu passo, eu arranho a casa, o almoço, eu que faço tudo, eu gosto, eu gosto de fazer tudo.*

Rita: *E o que a senhora não gosta que façam com a senhora?*

Nadir: *Olha o que eu não gosto que façam comigo é injustiça e fofoca. Eu detesto fofoca sabe? (risos) eu tenho tanta antipatia disso...*

Rita: *Agora das atividades que existe aqui na terceira idade qual a que a senhora mais gosta de fazer ou então fora daqui da terceira idade, uma atividade que a senhora mais gosta de fazer?*

Nadir: *Uma atividade? Daqui dentro da terceira idade é o que eu te falei, eu gosto mais é do coral, eu gosto muito de cantar...*

Rita: *Eu também adoro cantar... Agora eu queria saber alguma coisa sobre a senhora, a senhora fuma ou bebe? Ou fumou e bebeu em alguma época de sua vida?*

Nadir: *Não, não fumo, não bebo.*

Rita: *E a senhora faz alguma dieta, alguma coisa assim especial?*

Nadir: *Faço sim, faço uma dieta que eu toda vida eu tenho um pouquinho de colesterol, mas não total de comer gordura, comer gordura eu não gosto nada engordurado eu não gosto, mas eu tive a impressão que eu tive sobre esse assunto é gente que mexe com muita doença, um pouquinho de estresse dá colesterol na gente, eu tive lendo sobre isso então tirei a conclusão que é isso, então eu faço essa dieta, não como nada, gordura cê entendeu? A minha alimentação é mais sem gordura, mais natural, eu como frango, sem sal, peixe... essas coisas sabe?... quase não como carne vermelha...*

Rita: *Agora, além desses exercícios, aqui da terceira idade, a senhora pratica algum outro exercício?*

Nadir: *Não, só daqui.*

Rita: *Aqui já é bem puxado, né dona Nadir?*

Nadir: *É, é bem puxado e ainda tem a hidrogenástica, né? No tempo de calor, agora que tá meio frio, então ainda não está no tempo ainda. A gente faz caminhada, né? Na parte da*

manhã. Até hoje tinha, e eu até esqueci... com tanta confusão...

Rita: *Ah, tem a caminhada, dona Ceci me falou que tem a caminhada.*

Nadir: *Amanhã eu vou, porque... é hoje e amanhã... e Quinta-feira.*

Rita: *Agora, como é que a senhora ficou sabendo desse grupo da terceira idade?*

Nadir: *Esse grupo foi assim, eu a gente agora vai fazer 5 anos agora ano que vem né?, eu conversando com o moço da prefeitura, então a gente ficou sabendo que ia ter, e uma menina que era conhecida da gente, e desde a primeira vez... Então a Nice era uma menina muito legal né, ela é ótima, e ela trabalhava na prefeitura nessa época e ela que encaminhou para a prefeitura para fundar esse... A Nice que foi a primeira foi a fundadora, nós sentimos demais, ela casou... né? Ela foi embora, mas agora ela está em BH, agora ela está trabalhando lá.*

Rita: *O que que a senhora acha dessa expressão, de falar assim terceira idade?, o que a senhora acha disso? A senhora gosta de falar assim terceira idade?*

Nadir: *(risos) Eu gosto.*

Rita: *Porque que a senhora gosta?*

Nadir: *Eu gosto sabe por quê? Porque tem a primeira e a Segunda e a terceira idade, é uma vivência de vida né? A gente passou por tanta coisa... é uma vivência que a gente pode até passar para pessoas mais novas né? A terceira idade existe, tem tanta gente nova aí, que tem cara de terceira*

idade, age como terceira idade, pior do que terceira idade, um desânimo danado, uma preguiça, uma tristeza, né? Eu tenho visto muita gente assim.

Rita: *A senhora acha que hoje em dia tem algum problema entre os mais jovens e os idosos? Com as pessoas mais velhas?*

Nadir: *Não, às vezes tem algum problema devido da criação ruim cê entendeu?, que eu acho quando o jovem passa a criticar uma pessoa idosa, porque ele não teve criação, cê entendeu? Eu acho que os pais deles não souberam criá-los. Porque eu em toda vida criei meus filhos assim, a respeitar as pessoas mais velhas, não precisa ser terceira idade, qualquer pessoa mais velha do que ele, ensinei aos meus netos que é obrigação da pessoa respeitar a pessoa de idade, é coisa da cultura, criação, educação, a gente vê muito ainda sabe, muitos jovens rir de pessoas idosas. Tem isso, eu já vi menina, mesmo com a terceira idade eu já vi rir. Eu acho que é falta de ética né? Não teve educação de berço eu acho isso também.*

Rita: *A senhora me falou que conhece gente da idade da senhora que não frequênta o clube da terceira idade. A senhora acha que eles não frequêntam por quê?*

Nadir: *Eu acho que tem muitas pessoas que não frequênta... as vezes por até... sei lá por ser doente... igual eu tenho uma colega de terceira idade que é doente, tem depressão, eu vivo chamando ela, falando com ela que depressão não existe. Mas ela tem um problemzinho da cabeça também né? Que atrapalha muito né. Umás às vezes não tem tempo, algumas as vezes não querem ser da*

idade que tem , tem muitas pessoas principalmente homens. Mulheres assumem a idade delas, mas os homens não gostam de assumir não, homem não gosta não sabe? Eles tem vergonha de ser de idade, e isso é bobagem que é mesmo não adianta.

Rita: A senhora acha que, com que idade, a pessoa pode ser considerada velha, de idade, que idade a senhora acha?

Nadir: Olha eu acho que a velhice não existe, que depende da pessoa, da mentalidade dela, cê entendeu? Tem muitas pessoas de 80 anos, 90 anos, que eles têm uma mentalidade jovem, cê entendeu? Muito jovem mesmo que passa muita coisa eu acho assim.

Rita: A senhora acha que com a chegada da idade assim a senhora acha que a vida muda em alguma coisa?

Nadir: Eu não considero que muda nada, não sabe, as mesmas coisas que eu fazia eu faço até hoje, não importo com isso, se eu gosto de uma roupa decotada eu ponho a roupa decotada, eu gosto, o que é que tem? Que eles tem com a minha vida, né? Eu acho assim uai. A pessoa gosta de um decote o que tem usar decote? Só que é pessoa de idade?... não tem nada a ver uai. EU POSSO...

Rita: O que a senhora considera mais importante para essa fase da vida da senhora? Pra senhora o que que acha mais importante?

Nadir: O que eu acho mais importante, que eu acho na vida da gente é envelhecer com saúde. Poder andar não precisar de ninguém que te leva prá

aqui e prá ali, resolver seus assuntos pessoais sozinha sem ninguém se intrometer na vida da gente, com consciência, Cê entendeu? Eu acho que bom é isso a gente passar pelas idades com consciência e com saúde, né? Que eu acho mais importante, né?

Rita: O que que a senhora acha que está faltando hoje prá pessoas de mais idade, as pessoas que não estão aqui, o que está faltando prá elas?

Nadir: Eu acharia assim, que as autoridades, principalmente os prefeitos, assim as autoridades deveriam dar mais assistência aos idosos cê pensa bem, a gente sai daqui vai fazer... vai numa fila, a gente não tem dinheiro a gente vai na consulta de SUS e cê tem que esperar numa fila enorme pra ser atendida. Não poderia ter prá essas pessoas que já trabalharam tanto ter um privilégio, cê num acha isso? Porque a pessoa de idade, não é só de idade não, a pessoas a partir, no Brasil dos 40 anos em diante ele é crucificado ele é quase não encontra trabalho mais menina. Uma pessoa de idade tem a sabedoria que pode ensinar, que ele pode passar aquilo pras pessoas mais novas ela fica encostada, fica jogada. Não é só com pessoas de idade até mesmo de 40 anos já tenho visto. Porque tem 40 anos que que é isso gente... é um absurdo isso.

Rita: Nos países desenvolvidos é ao contrário, eles dão muito valor as pessoas mais velhas, que tem mais experiência.

Nadir: Agora que tá começando a entrar isso na cabeça dos empresários, tão dando uma porção de colocação prá pessoas de idade, em São

Paulo, tenho visto isso na televisão, né? Elas fazem muita coisa, dão aula, então isso é muito bom, tão precisando dar mais valor as pessoas que tem mais vivência na vida, né?

Rita: *Agora tenho mais algumas perguntas pra senhora aqui, quais as tarefas que a senhora tem mais dificuldade de praticar? A senhora tem alguma dificuldade?*

Nadir: *Eu não tenho dificuldade não.*

Rita: *A senhora caminha sozinha?*

Nadir: *Claro, claro.*

Rita: *A senhora tem algum problema de saúde?*

Nadir: *Não problema mesmo assim eu não tenho não, sabe, eu já tive problema mas já... graças a Deus sarei.*

Rita: *Qual problema?*

Nadir: *Eu tive problema de coronária, mas acho que esse negócio é devido ao colesterol mesmo sabe? Tem 12 anos, mas graças a Deus, parei. Não tenho mais nada.*

Rita: *A senhora não está fazendo tratamento médico no presente?*

Nadir: *Não, eu só vou todo ano eu faço o eletrocardiograma, isso eu tenho que fazer, mas não tomo remédio. Depende, às vezes não posso ficar muito nervosa e a pressão sobe, mas se eu não ficar nervosa, minha filha...levo uma vida assim mansa, tá tudo bem.*

Rita: *Então esse problema aí não impede as atividades da senhora não?*

Nadir: *Não, eu não tenho nada mais não.*

Rita: *Qual que é a doença que mais assusta a senhora, a doença que a senhora tá ouvindo falar aí na televisão, no rádio, qual a que assusta a gente?*

Nadir: *Assusta assim de um modo geral, a que assusta a gente é a aids né? Eu acho que essa doença... Depois dela é o Câncer né? Que tá demais da conta né? A evidência tá uma coisa tremenda. Tá demais da conta sabe...É um número de pessoas muito elevado mesmo que tá com essa doença, sabe? Que a AIDS em todos casos cê tem que saber Ter os cuidados, tem que prevenir, né? Agora, a outra, a pessoa... Eu tenho a impressão que já nasce com a célula cancerosa, cê entendeu? Eu tenho impressão. Eu tenho impressão que é isso, porque não é possível é uma doença que não pega e é demais da conta, tem jeito de prevenir, mas quando ela aparece ela já está adiantada, tem pessoas que não tem jeito mais, não dá tempo mais né, então é essas doenças que eu acho... Tem muita coisa também né, muita coisa triste, também muita violência, essas coisas chateia a gente né?*

Rita: *O que que a senhora acha importante prá gente ter saúde?*

Nadir: *Mais importante que eu acho, que eu acho, o mais importante prá ter saúde, a pessoa ter uma vida assim muito em paz com Deus, uma consciência muito tranqüila sabe, cê viver, viver bem, não fazer o mal a ninguém, cê entendeu? Viver em paz com sua consciência, eu acho que o melhor jeito de ter saúde é esse, eu faço assim da minha vida entendeu? Eu acho que me dei muito bem. Quando eu era meia...*

meia... eu era meia danadinha sabe, mas agora peguei entender que a vida não é por aí, que a gente tem que perdoar muito nesse mundo, cê vive muito melhor. Às vezes tem dia que você tá triste nem tem jeito de ficar triste porque você tá em paz consigo mesmo. Às vezes não adianta nada ser rica, é rica mas é revoltada, tá de mal com a vida, fazendo ruindade com os outros então... assim a pessoa nem vive. Eu acho assim, eu entendo assim desse jeito.

Rita: O que é saúde, o que é ter saúde?

Nadir: Ah saúde eu acho assim, depende muito da própria pessoa. Porque as vezes a pessoa fala assim eu tô passando mal vou tomar remédio que eu tô com dor de cabeça, que é isso que é aquilo, mas não é nada, às vezes é besteira da cabeça da pessoa, é mania sabe, então a gente tem que... e também outra coisa saúde é uma coisa muito interessante que a pessoa por si não tem muito vício de bebida, cigarro, ela tem saúde, negócio se pegou fumar e beber aí tá danado, né, aí ela própria acaba com a saúde dela né, eu acho assim.

Rita: Que que a senhora acha que é qualidade de vida, uma boa qualidade de vida?

Nadir: Qualidade de vida eu acho assim que eu sou uma pessoa assim que eu contento com aquilo que eu tenho, eu luto pra ter aquilo. Eu acho que é bom a pessoa poder ter uma casinha dele. Dele mesmo, que ele lutou naquilo. Uma alimentação saudável, não uma alimentação de rico, uma alimentação saudável né, que é preciso, que a pessoa precisa, né? Assim um meio de ela ter uma certa... Uma televisão, uma

máquina de lavar roupa, isso é bom né? Pra ela não precisar trabalhar tanto né?. Acho que é uma vida saudável não é não?. A gente tem que lutar pra essas coisas né, pra não sofrer tanto né, porque tem umas que coitada... trabalha igual um trem doido então... tem muita coisa que a gente pode levar uma vida saudável. Igual no coral, nós fazemos serenata é um vida saudável, né?.

Rita: Tem mais alguma coisa que a senhora queria conversar, alguma coisa que a senhora acha importante para a terceira idade que nós não falamos?

Nadir: A gente fala mas sempre fica faltando alguma coisa,

Rita: Ah, uma pergunta que eu me esqueci de fazer, Aqui na terceira idade tem alguma pessoa idosa, velha?

Nadir: (Risos) Tem, mas a gente não pode falar. Eu tenho umas colegas aí que reclama muito sabe, então eu acho que elas é velha, pra mim é. Eu falo mesmo com ela: Pra mim você é velha mesmo, sabe, reclama demais da conta, tudo quanto há reclama o que é isso? (Risos).

Rita: Terminamos nossa entrevista, são 14:30 então eu queria agradecer a senhora pela colaboração, essa nossa conversa será de grande utilidade para o desenvolvimento do meu trabalho. Obrigada!!!