

Ruth Gelehrter da Costa Lopes

**AS INTERPRETAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE NA VELHICE,
REFLETIDAS NO USO DO MEDICAMENTO**

**Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo**

Orientadora: Prof^a Titular Aracy Witt de Pinho Spínola

São Paulo

1999

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese por processos fotocopiadores

Assinatura:

Local e data:

Banca examinadora:

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Aracy Witt de Pinho Spínola, pela orientação e sobretudo pela calorosa receptividade às minhas inquietações em relação ao tema deste estudo, abrindo-me as portas para o aprofundamento em áreas do conhecimento com as quais eu não estava familiarizada.

À Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes Rodrigues, pela confiança em minhas idéias embrionárias e pelo posterior encaminhamento à Faculdade de Saúde Pública.

Ao Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (NEPE-PUC/SP), espaço de renovação teórica e metodológica, troca de experiências multidisciplinares e fecunda criação de novos saberes; a Vera Lúcia Valsecchi de Almeida, Maria Ines P. Moretti, Délia Catullo Goldfarb, Vera Brandão e Manoela Alcazar Ballester.

Nesse mesmo núcleo, agradecimentos especiais às coordenadoras Suzana Aparecida Rocha Medeiros e Elisabeth F. Mercadante.

A Sandra Gagliardi Sanchez, amiga e colega, pelas orientações, conversas e cumplicidade permanente e incondicional.

Ao Prof. Dr. Salvador Sandoval que encaminhou a minha participação na pesquisa da ONU, "Formas de apoio Formais e Informais a Idosos, no Brasil" (1986), fonte de perspectivas para os trabalhos que desenvolvo até o momento.

Ao Centro de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento (CEPE-Saúde Pública/USP) pelas preciosas indicações fornecidas pela coordenadora Alice M. Derntl.

A Clineu Mello Almada, Ruth Rodrigues Silva e Yeda Aparecida Oliveira Duarte, pelas preciosas observações feitas por ocasião das entrevistas piloto.

Aos colegas do Núcleo de Saúde Coletiva da Faculdade de Psicologia da PUC/SP. Especiais agradecimentos à colaboração da Prof^a. Maria da Graça Gonçalves.

À direção do Centro de Saúde Paula Souza, por ter consentido na realização da pesquisa na instituição, à equipe de profissionais que se dispuseram a prestar as informações solicitadas e aos usuários idosos dos grupos Vida, Vivência e Manutenção, que contribuíram com seus preciosos depoimentos. Especiais agradecimentos à assistente social Maria Joana de Almeida Bruno, pela disposição e persistência ao me ajudar a localizar todos os entrevistados.

À Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME), através do Dr. José Rubens de Alcântara Bonfim, pelas indicações bibliográficas e disponibilização do material da entidade.

Ao Gustavo Toshiaki, filho e assessor de informática, que me ajudou durante a elaboração da tese a enfrentar o desafio do computador e a produzir a edição final.

Ao marido Irineo e ao filho Thiago, pelo indispensável apoio afetivo.

À minha mãe, Fanny, pelo carinho, incentivo e olhar de “já ganhou” que permearam toda a minha criação e continuam a me incentivar com o seu entusiasmo pela vida.

À D. Vitar Maria de Jesus Novaes que há dezenove anos nos ajuda na infra-estrutura doméstica, e que pelo seu amor e dedicação propicia a calma necessária à realização deste estudo.

A Lucia Medeiros, pela eficiente transcrição das entrevistas e a Magnólia Costa, pela respeitosa revisão do texto.

Ao CNPQ, pelo apoio financeiro recebido.

Aos amigos e familiares que pacientemente aguardaram o término desta tese.

**AS INTERPRETAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE NA VELHICE,
REFLETIDAS NO USO DO MEDICAMENTO**

RESUMO

Na análise do discurso de idosos, médicos e profissionais prestadores de serviços a essa faixa etária em um Centro de Saúde, procura-se captar os aspectos culturais que perpassam a complexidade na utilização ou negação do medicamento na velhice. O objetivo é conhecer essa situação nas interpretações simbólicas que os depoentes trazem pelo senso comum e pelos códigos culturais. Utilizou-se a metodologia qualitativa, tendo como base o estudo das representações; como técnica, adotou-se a entrevista aberta, realizada a partir de um roteiro norteador. Os depoimentos extraídos das entrevistas fundamentam-se na investigação destas questões: a promoção da saúde e os aspectos éticos envolvidos na medicalização da velhice. Teoricamente, este trabalho pretende desenvolver uma abordagem multidisciplinar e, para tanto, apóia-se em estudos já realizados. O trabalho de investigação apontou para a compreensão do como as imagens sociais contemporâneas da saúde na velhice estão refletidas no uso dos medicamentos. Foram observados que os múltiplos sentidos da utilização da medicação, resultante - pelo segmento idoso, pelos profissionais prestadores de serviços aos idosos e pelos médicos - do impacto frente ao envelhecimento, aspectos estes que devem ser levados em conta quando se visa a intervenção psicossocial.

Descritores: simbologia do medicamento, medicalização da velhice.

ABSTRACT

Through the analysis of the discourse of elderly people, physicians and service professionals at a Health Center, we develop cultural interpretations related to the complexity of prescribing medicine for elderly people. Our goal is to understand this situation analysing symbolic representations from the patients' cultural codes. A qualitative methodology based on open-ended interviews using an interview schedule was used. The answers obtained from the interviews were analysed based on the following assumptions: health promotion and ethical subjects related to the elderly's medical prescription. Theoretically this study intends to develop a new multidisciplinary approach; therefore, it was based on other previous studies. This study tries to understand how social contemporary health images on elderly people are reflected on the use of medication. In thinking of psychological intervention, it is necessary to take into consideration the multiple points of these uses by elderly people from service professionals and physicians to elderly within ageing process.

Descriptors: ageing, health, medication, medical prescription.

ÍNDICE

Introdução	10
1. Contextualização do tema	
1.1 Considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil	16
1.2 A construção da identidade do idoso	20
1.3 Imagens do envelhecimento e a mudança no enfoque	24
1.4 A compreensão da saúde na velhice	29
1.5 O medicamento intermediando relações	47
2. Procedimentos da metodologia	
2.1 Teoria	61
2.2 Procedimentos metodológicos da pesquisa	67
2.3 Análise de conteúdo	71
3. Análise e interpretação	
3.1 Os idosos	
3.1.1 Grupo Manutenção	74
3.1.2 Grupo Vida	83
3.1.3 Grupo Vivência	103
3.2 Os profissionais	
3.2.1 Profissionais que medicam	124
3.2.2 Profissionais que não medicam	135
À guisa de conclusão	147
Considerações finais	154
Referências bibliográficas	160
Obras consultadas	164
Anexo	168

INTRODUÇÃO

Apesar de ainda não ser idosa, penso que as ferramentas para os trabalhos com o envelhecimento surgiram na minha infância. A imigração para o Brasil, em tenra idade, forjou uma postura de constante interrogação no sentido de compreender os hábitos da nova terra, instrumentalizando-me para a reflexão e as inquietações provocadas por este tema. A minha percepção é de que o envelhecimento representa uma passagem psíquica, semelhante à de viver uma mudança de um país para outro. Afinal, na melhor das hipóteses, todos chegaremos lá.

Carmen Lent, em “Mutação psíquica: do particular ao universal”, aponta para a sensação de estrangeiridade decorrente dos sujeitos em trânsito. O percurso pelos diferentes territórios psíquicos, provoca mutações e introduz o contato com o imprevisto, o imprevisível, o aleatório e o irreversível. O movimento que a autora refere é, segundo minha leitura, o mesmo desencadeado pela crise frente ao envelhecimento. Ela o descreve deste modo:

“Assim, toda crise consiste no *estado de desenraizamento proveniente da desterritorialização*. Este estado será a maneira que o sujeito tem de sobreviver ao período de trânsito entre um território psíquico já impossível e outro ainda inviável de ser habitado.” (Lent, 1993, p.34)

O tema se concretizou na palavra escrita, por ocasião da elaboração de minha Dissertação de Mestrado. Na ocasião, ao investigar o projeto de vida de idosos socialmente ativos, busquei resgatar a indignidade necessária para fazer frente aos padrões negativos socialmente criados em relação à velhice. Para estudar esse velho diferente, no sentido de características que rompem com as piores expectativas colocadas para esse segmento, apoiei-me na literatura para melhor caracterizar essa saudável irreverência que não se encontrava explicitada nas diversas perspectivas desenvolvidas pela psicologia.

Decorrente dos resultados dessa pesquisa, propus um atendimento psicológico institucional coerente com a demanda constatada: o envelhecimento é um processo e, como tal, sujeito a crises; um acompanhamento psicoterapêutico realizado em grupo permitiria trocas ricas e a ampliação das perspectivas de solução para os diferentes sofrimentos.

Agora, já com o trabalho implantado desde 1989, na Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, surgem novos questionamentos. Percebi na atuação clínica que o medicamento está presente no cotidiano dessa faixa etária, pelo seu uso constante ou na contestação à sua prescrição. Relutar por alterações de prescrições obsoletas, em função

de novas demandas do organismo ou do desejo de abandonar outras, necessárias à manutenção de um cotidiano com qualidade, são discursos recorrentes nos trabalhos psicoterapêuticos com esse segmento.

Ao realizar esta pesquisa, busquei encontrar um campo propício para essas indagações. Três dissertações recentes abordam o tema: uma na área médica, *Saúde no envelhecimento: o discurso sanitário nos programas de saúde* (Departamento de Medicina Preventiva, 1996, USP); outra, realizada por um bioquímico, *A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso: relação com os profissionais de saúde* (Departamento de Prática de Saúde Pública, 1998, USP); e uma realizada por assistente social, *Práticas terapêuticas não-convencionais usadas por idosos* (Departamento de Prática de Saúde Pública, 1997, USP).

O objetivo deste estudo é levar em conta a interface com essas áreas do conhecimento. Investigo como as imagens sociais contemporâneas da saúde na velhice estão refletidas no uso dos medicamentos. O tema é abordado sob o ponto de vista de uma psicóloga que está aberta a um diálogo multidisciplinar. O pensamento complexo, tão bem desenvolvido por Morin, servirá como norte para as interfaces das reflexões deste estudo.

Neste momento, entendo e adoto a definição de medicamento, do *Glossário para termos especiais para avaliação de medicamentos*, da Organização Panamericana de Saúde.

“[...] se entiende por medicamento todo producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o estado patológico o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien le fue administrado. En esta acepción el término medicamento se refiere al producto farmacéutico o producto medicamentoso.” (1990, p. 71)

É importante questionar a visão de saúde na velhice devido à relação que se estabelece entre doença e envelhecimento: um passa a ser sinônimo do outro. O idoso, ao sinalizar, - ou negar - , sintomas do organismo em processo de envelhecimento, reflete influências sociais. Segundo a Organização Mundial da Saúde, saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental, social e ambiental, e não só a ausência de enfermidades (1996).

Para discutir a relação entre doença e saúde no envelhecimento, há que se levantar os aspectos que envolvem essa faixa etária, no Brasil, de hoje. Refletir sobre as implicações das altas projeções do envelhecimento evidencia a questão social a ser

enfrentada pelos poderes públicos, na medida em que, de acordo com estatísticas da ONU (Organização das Nações Unidas) e do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) analisadas pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados,

“a população idosa está crescendo a uma taxa oito vezes maior que a jovem [...] o que se espera é um número cada vez maior de idosos em comparação com as camadas mais jovens da população brasileira”. (SEADE, 1990, p. 1).

Como a velhice não é mais atendida somente pela família, deixando de ser preocupação exclusivamente individual e pessoal, há que se pensar nos subsídios necessários aos profissionais que passam a assumir essa função. Assim, este estudo pretende investigar a concepção de saúde-doença para os indivíduos idosos e para os profissionais prestadores de serviços a essa faixa etária.

O binômio saúde-doença implica uma relação que explore as diferentes dimensões do problema, em oposição à concepção tradicional da medicina, que vê a doença como um fenômeno biológico que ocorre no indivíduo. Relacionar permanentemente o processo saúde-doença aos processos sociais que a determinam é contrapor a análise da saúde associada à esfera do consumo e da produção: formas distintas de desgaste do trabalhador estão relacionadas ao consumo da força de trabalho e ao processo do trabalho:

“Analizar el problema de la salud desde el punto de vista del proceso de trabajo como un proceso social y técnico abre la perspectiva de entender qué es la explotación del trabajo y cómo esta explotación desgasta al trabajador.” (Laurell, 1980, p. 38)

A saúde e a doença enfocadas como expressão da totalidade da estrutura social faz com que a prática médica seja abordada como uma parte do conjunto social que a determina, colocando o modelo médico, enquanto construção social, em discussão. O uso de medicamentos na velhice se enquadra nessa análise.

O artigo “Por que envenenar os velhos?”, de Joel Lexchin, referente a um estudo sobre prescrições para pacientes idosos atendidos num centro de ensino de medicina familiar em Toronto, no Canadá, oferece os seguintes dados:

“Numa apreciação global, os autores calcularam que um quarto do total de idosos estava recebendo alguma medicação farmacologicamente inadequada e, em outros dois quintos, a medicação se situava numa área limítrofe. [...] levantaram a hipótese de que os médicos tinham fixado uma imagem dos idosos com base nas manifestações de uma minoria de indivíduos mais velhos, cuja saúde estava muito comprometida. Na realidade, a maioria dos pacientes, com idade igual ou superior a 75 anos, atendidos por médicos

de família, não tinha queda importante nas funções físicas, psíquicas e sociais.” (Boletim SOBRAVIME, ago-out. 1994, p. 6)

As pressões para a introdução de novos medicamentos no mercado, dentro da lógica do lucro, estimula o consumo de substâncias. O mesmo autor cita outro estudo:

“O Prof. Avorn chegou à conclusão de que 'as propagandas sobre medicamentos são visualmente mais atraentes e conceitualmente mais acessíveis do que os trabalhos apresentados nas publicações médicas'. Quando 143 médicos da Pensilvânia foram testados quanto ao seu conhecimento no tocante à prescrição para os velhos, as melhores pontuações foram obtidas por aqueles que davam pouca atenção à publicidade como fonte de informação.” (Boletim SOBRAVIME, ago-out. 1994, p. 7)

Na realidade brasileira, envolvida em contínuas e progressivas crises econômico-sociais, o aumento da população idosa torna essa questão da maior importância para a sociedade. As características frequentes desse segmento, como problemas crônicos de saúde - fazendo com que ocupe grande parte dos leitos hospitalares -, dificuldades de locomoção mais acentuadas, níveis de rendimento financeiro muito baixos e tempo ocioso sem objetivo definido dentro da comunidade, obrigam os poderes públicos a atentar para essas questões:

“Apesar de a imensa maioria dos velhos dos países desenvolvidos ser razoavelmente saudável e estar morando independentemente em suas comunidades, 80% deles experimentam pelo menos uma forma de doença crônica (William 1985). No Brasil, os custos com as internações de câncer, doenças cardiovasculares e diabetes, na rede hospitalar contratada do INAMPS, atingiram no ano de 1985, 135 milhões de dólares [...] significando mais de 1,3% dos custos de todas as internações (Ministério da Saúde. 1986).” (Veras, Ramos & Kalache, 1987, p. 231)

Nesse quadro, é preciso questionar a redução das expectativas de saúde relativas ao idoso numa mera transposição das expectativas sociais baseadas na incidência de doenças nessa faixa etária. Os problemas específicos dos idosos nas sociedades modernas refletem-se nas políticas públicas, e interessam a toda a sociedade, em vista o crescimento da demanda por recursos voltados para a população idosa. O estudo da utilização de medicamentos pelos idosos deve analisar as variáveis associadas ao consumo. Suely Rozenfeld, no artigo “Os idosos e os medicamentos na sociedade”, conclui:

“[...] o uso de medicamento pelos idosos merece preocupação no que se refere aos gastos excessivos e ao uso inadequado. Medidas urgentes devem ser tomadas tanto no campo da gestão como da pesquisa e da formação de recursos humanos.” (Boletim SOBRAVIME, out-dez., 1997, p.15)

Alertada pelo quadro acima descrito, voltei esta pesquisa para as interpretações culturais que perpassam a complexidade na utilização ou negação do medicamento na velhice, tentando oferecer uma contribuição para o debate da saúde nesta faixa etária. O estudo foi realizado no Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, analisando-se o discurso de idosos (acima de sessenta anos), de médicos e profissionais prestadores de serviços a essa faixa etária.

A partir da definição do objeto de estudo - interpretação do uso de medicamento -, necessitei de um enfoque metodológico compatível com o levantamento do material a ser interpretado. Assim, ao mesmo tempo em que estive atenta às representações relativas ao medicamento, estive aberta ao que pudesse aparecer de novo em relação ao tema. Geertz, na antropologia, ao colocar as representações como uma obra aberta, próxima à literatura, permitiu que eu recuperasse uma postura essencial à minha prática profissional como psicóloga clínica, e que também está presente na fundamentação teórica da minha Dissertação de Mestrado e agora resgatada, na opção metodológica desta Tese de Doutorado.

O trabalho que aqui me proponho desenvolver é composto, além desta Introdução, de três capítulos, de uma Conclusão e das Considerações Finais.

O primeiro capítulo, “Contextualização do tema”, apresenta um painel demográfico, social e psicológico do envelhecimento. A seguir exponho a complexidade da utilização do medicamento nesta faixa etária, relacionando com discussões atuais sobre o significado da promoção da saúde na velhice. Finalizo abordando as questões éticas que acompanham os envolvidos nessa trama: profissionais e usuários.

No segundo capítulo, “Procedimentos da metodologia”, realizo uma reflexão teórica sobre as técnicas de pesquisa que nortearam o trabalho, apontando a relação necessária entre as questões suscitadas pelo estudo e a metodologia adotada: entrevistas abertas realizadas a partir de um roteiro, para o pesquisador. O local de realização do estudo e o detalhamento do atendimento a idosos estarão especificados no texto.

No terceiro capítulo, “Análise e interpretação”, analiso a fala dos entrevistados como uma segunda interpretação, tecendo considerações sustentadas pelo conteúdo desenvolvido no decorrer da pesquisa.

Na Conclusão, retomo e sistematizo as análises, à luz dos pressupostos teórico-metodológicos desenvolvidos no estudo, buscando apreender a relação entre envelhecimento, medicamento e saúde.

E finalizo, apresentando as Considerações Finais.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Neste capítulo, ao tratar da contextualização do tema, abordo questões que caracterizam a cena do envelhecimento atual. Início apresentando um painel demográfico, social e psicológico do envelhecimento, visando já estabelecer relação entre a realidade que vivemos e o uso do medicamento. A seguir exponho a complexidade da utilização do medicamento nessa faixa etária, explorando especificamente o significado da promoção da saúde. Farei uma retrospectiva da noção de promoção de saúde, até definir o seu significado atual junto aos idosos. Finalizo tratando da complexidade das questões éticas que acompanham os envolvidos nessa trama: profissionais e usuários.

1.1 Considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil

Segundo dados apresentados por Elza Berquó no Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para o Fim do Século (Brasília, 1996), é fato incontestável as previsões de aumento da população idosa no país:

“Pensando em termos de futuro espera-se chegar ao final do século com 8.658.000 idosos, ou seja, um em cada 20 brasileiros terá 65 anos e mais. Este número crescerá para 16.224.000 em 2020, quando 1 em cada 13 pertencerá à população idosa.” (Berquó, 1996, p. 8)

Enquanto a longevidade desponta como conquista no campo da saúde, o processo de envelhecimento alerta para novas demandas e atenções nos serviços e benefícios - lazer, médico, psicológico, previdência - prestados pela sociedade.

Berquó prossegue indicando as transições da evolução demográfica da população brasileira; a feminilização do envelhecimento é apontada desde 1988:

“Desde 1950 às mulheres tem correspondido maior esperança de vida ao nascer, ou seja, lhes tem cabido um maior número de anos por viver. Em 1980 enquanto era de 59 anos a esperança de vida para os homens, às mulheres correspondia 65 anos, ou seja, chance de viver 6 anos a mais do que os homens. Em 1991, esta diferença cresceu para 7 anos. Projeções para 2010 e 2020 mantêm uma diferença em torno de 6 anos.” (Berquó, 1996, p.12)

As causas de morte para ambos os sexos, acima de 65 anos, são as mesmas, na seqüência de importância: doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração, neoplasmas malignos, doenças da circulação pulmonar, do coração e do aparelho respiratório:

“Para as mulheres as doenças cerebrovasculares apresentam 21% da mortalidade proporcional por causas em 1980 e, embora ainda liderando a seqüência, estas vão tendo seu impacto reduzido ao longo do período. Crescem no decênio os neoplasmas malignos e as outras doenças do aparelho respiratório.” (Berquó, 1996, p.14)

As mesmas causas se repetem para a população masculina, porém uma ressalva deve ser feita, confirmando a maior mortalidade nesse segmento:

“Comparados às mulheres, os homens apresentaram sempre maiores valores para os neoplasmas malignos e outras doenças do aparelho respiratório.” (Berquó, 1996, p.14)

Esses dados tornam-se preocupantes quando observamos o crescente número de drogas que os idosos necessitam tomar, dada a tendência de apresentarem múltiplas doenças. Segundo alerta do Boletim do Centro Brasileiro de Informações sobre Medicamentos,

“[...] observa-se que a incidência de reações adversas a medicamentos aumenta com a idade do adulto, especialmente após os 60 anos” (ano II, n. 3, mai-jun, 1997)

O editorial do mesmo periódico propõe uma reavaliação da abordagem terapêutica do idoso, do ponto de vista custo-benefício da garantia de efetividade e consistência do tratamento.

O estudo que proponho não pretende ser comparativo, no entanto as informações retiradas dessa pesquisa demográfica apontam para questões que devem ser levadas em conta tanto na perspectiva dos entrevistados que encontramos, como na abordagem e posterior análise do material coletado. A ausência de homens velhos é confirmada pelos dados estatísticos que se trouxe à luz.

A concentração de idosos do sexo feminino nas áreas urbanas é um fato consumado nos últimos quarenta anos:

“A população idosa terá 82% de seu contingente vivendo em cidades. Amortalidade diferencial no campo e nas cidades, e as migrações que ocorreram no país nas últimas

décadas, configuram uma concentração de idosos nas áreas urbanas, principalmente de mulheres, decorrente da sobremortalidade masculina.” (Berquó, 1996, p.28)

A previsão é de que essa situação prevaleça no final do século, requerendo que as cidades, nas zonas urbanas, se aparelhem para oferecer recursos às demandas específicas dessa população idosa predominantemente feminina.

No último censo, 40% dos homens e 48% das mulheres idosas, declararam-se analfabetos.

“Como consequência, os idosos e, em particular, as mulheres idosas estão expostos a enfrentar dificuldades agravadas pela falta de escolaridade na tentativa de buscar condições de existência e sobrevivência.” (Berquó, 1996, p. 19)

A composição étnica revela que 60,8% são brancos e 38,1% são negros, cabendo aos asiáticos e indígenas menos de 1%:

“Mais da metade de idosos, 60% será de brancos. Por terem sido sempre os mais pobres e desassistidos no país, os negros sobreviveram menos às idades mais avançadas.” (Berquó, 1996, p.28)

A chefia de domicílios a cargo de idosas mulheres é expressiva:

“[...] do total de chefes homens, 9,8% são idosos, enquanto que do total de chefias femininas, 22,7% são mulheres de 65 anos ou mais”. (Berquó, 1996, p. 20)

As chefias idosas são também mais pobres e, destas, as mulheres são as mais vulneráveis, segundo as classes de rendimento diferenciadas em função do sexo.

Quanto ao status marital, mais de três quartos dos homens estão em união conjugal e mais da metade das mulheres permanecem viúvas.

O superávit de mulheres idosas continuará prevalecendo, na grande maioria, viúvas, morando na casa dos filhos ou filhas, ou chefiando famílias monoparentais, ou ainda morando sozinhas.

A atualidade desses dados é confirmada no recente artigo “Êxodo rural cria legião de sem mulher”:

“Segundo o Ipea, a conjugação da predominância masculina no meio rural e do envelhecimento provoca um fenômeno conhecido na França como ‘celibato camponês’.” (Folha de S. Paulo, 25/9/97)

No Brasil, esse cenário nos põe diante das condições futuras do envelhecimento relacionado à pobreza. Com tais dificuldades, como desfrutar uma idade avançada com dignidade? O direito à saúde é fundamental e, nesta questão, também o é o uso do medicamento. Portanto, refletir sobre as contingências que envolvem o uso de medicamentos pelos idosos é prioritário. Considero a configuração estrutural predominantemente feminina da população idosa, no estudo realizado.

1.2 A construção da identidade do idoso

Refletir sobre a questão do aumento da população idosa na realidade brasileira, mergulhada em contínuas e progressivas crises econômico-sociais, é de suma importância. Torna-se indispensável, buscar soluções para as dificuldades mais frequentes, como locomoção, problemas crônicos de saúde, baixos níveis de rendimento financeiro, tempo ocioso sem definição de objetivos dentro da comunidade. Analisar os programas de atenção à saúde e, dentro deste quadro, a administração e o uso de medicamentos é algo que se deve considerar no cerne do trabalho, já que o mesmo tende a ser contínuo e prolongado nessa faixa etária.

A velhice é um fenômeno biológico, mas entendê-lo só dessa maneira significa reduzir a questão e não analisá-la na sua complexidade, o que implica não levar em conta aspectos psicológicos, sociais e culturais. Erra-se ao priorizar a condição biológica como sendo a formadora do comportamento e da saúde do indivíduo. Os indivíduos não se sentem velhos em todos os contextos. Aqui buscaremos adentrar em conteúdos psicológicos presentes no processo de envelhecimento e, por essa ótica, delimitar a terminologia a ser empregada neste estudo. Especificamente, estamos atentos às representações em torno do medicamento.

Uma maior visibilidade social da velhice, decorrente do volume e densidade populacional para os mais velhos, além de exigir atenção e cuidados sociais, passa a contar com reivindicações desse segmento e também com mudanças institucionais:

“Já houve tempo em que o aposentado foi tratado como cliente de menor importância dentro de uma agência bancária: alguns chegavam a madrugar na porta dos bancos; outros chegaram a passar mal em filas com a demora do atendimento; outros, ainda, tinham de subir três ou quatro lances de escada para chegar ao balcão de pagamento. Foram necessários uma lei e até um acordo com o INSS para que os bancos oferecessem um tratamento mais digno aos segurados.” (*Jornal da Tarde*, SP, 3/8/98)

Mais adiante, a reportagem conclui:

“Os bancos já perceberam que podem conquistar o cliente e ficar com uma boa fatia desses recursos ao oferecer um bom atendimento, aceitando o pagamento de contas e dispensando atenção e gentilezas. Mais do que isso: podem atrair também filhos, netos e outras pessoas da família para sua clientela.” (*Jornal da Tarde*, SP, 3/8/98)

No entanto, a maioria das culturas na atualidade ainda mantém uma série considerável de condutas negativas em relação às pessoas idosas, algumas explicitadas, outras - muitas -, apresentadas inconscientemente.

Aos poucos, o mercado se sensibiliza para esse segmento consumidor em potencial e formador de opinião: o velho passa a exigir signos positivos que expressem seus desejos. A renúncia ao desejo como uma forma de ser incluído no circuito do poder e de se posicionar frente ao modelo que prioriza o jovem, belo, forte e poderoso, não são mais unanimidades.

O modelo sócio-cultural vigente ainda prioriza, contudo, o jovem poderoso. O velho, na tentativa de suprimir as diferenças e incluir-se no circuito social, arrisca-se a submeter-se a ele de forma maníaca, até caricata, isso quando não se recolhe ao isolamento, ou tão somente renuncia a qualquer desejo.

“Este é o impasse e a tragicidade que se coloca para o sujeito, quando, para esse, não se delineia mais qualquer possibilidade de futuro e de remanejamento do presente. Portanto, para o idoso se impõe uma forma de existência que é uma espécie de Crônica de uma morte anunciada (Garcia Márquez).” (Birman, 1995, p. 40)

A questão que se coloca é: se essa análise é verdadeira, quais as expectativas na utilização do medicamento junto ao segmento que o utiliza e aos que o indicam?

Goldfarb (1995) alerta para a velhice como uma fase da vida em que as perdas adquirem maior magnitude: perde-se a beleza física padronizada segundo modelos atuais, assim como a saúde plena, o trabalho, os colegas de tantos anos, os amigos, a família, o bem-estar econômico, e fundamentalmente, a extensão infinita do futuro. O enfoque psicanalítico sinaliza que os perigos que ameaçam os indivíduos idosos provêm do mundo externo e também do interno, introjetado.

Se a consciência da própria finitude põe fim à onipotência, acabando com a fantasia de imutabilidade e imortalidade, de modo que ser velho passa a ser a perda da ilusão da potência e apesar disso ter que continuar lutando, como o luto da própria vida poder se transferir na utilização do medicamento? O sujeito, na leitura psicanalítica, ante os obstáculos do presente, evoca o passado em busca do sentido necessário e joga para o futuro as possibilidades de reparação. As expectativas depositadas no medicamento podem passar pelas fantasias de ele ser o mediador da configuração dessas três dimensões do tempo?

Joel Birman vê perspectivas de elaboração do luto face à inevitabilidade da morte para o idoso:

“Enfim, a experiência dolorosa do confronto do sujeito com os seus limites não é uma experiência de limitação e de conformismo, pois o futuro está em aberto com os seus possíveis e com isso a melancolia não se instala.” (Birman, 1995, p. 42)

Para o mesmo autor, o resgate da importância do saber acumulado, possibilita ao sujeito a evocação de memória ancestral, reconstituindo sua possibilidade de reinserção simbólica, retirando-o do confronto com a morte. Nesse caso, quem é o depositário desse “saber” na indicação da medicação?

Seguindo o debate aqui proposto, a terminologia adotada para nomear os mais velhos ofusca o conteúdo de finitude impregnada nas denominações, retirando a possibilidade de relação e comparação entre as faixas etárias. Nesse sentido, não receando o limite dado pela condição de mortalidade do ser humano, utilizo indistintamente os termos *velho* e *idoso*.

Messy, em *A pessoa idosa não existe*, discute o emprego dos termos que designam essa faixa etária, alertando para o estabelecimento de uma categoria social que perde de vista o indivíduo:

“[...] prefiro usar o termo *velhos*, pois relembra que todos somos sempre o velho de alguém e que o velho é o outro.” (Messy, 1993, p. 32)

A definição etária adotada pelo Conselho Nacional do Idoso será a base de referência desta pesquisa:

“Artigo n. 2: Considera-se o idoso, para todos os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade.” (Lei n. 8842, de 4 de janeiro de 1994)

A literatura psicanalítica produzida por autores contemporâneas, como vimos acima, chama a atenção para os aspectos inconscientes presentes na construção da identidade do idoso, que se refletem nas denominações atribuídas a esse segmento etário.

Mas como estudar os sutis movimentos de oposição às denominações vigentes?

A negação da denominação *velho*, pelo próprio segmento, parece apontar um enfrentamento com as classificações negativas: velho não sou “eu” mas é o “outro”. Quando esse mecanismo é acionado, as diferenças pessoais relevam-se e imediatamente

se contrapõem à categoria genérica do velho. O medicamento parece cumprir um papel simbólico nesse jogo de contradições e disfarces da finitude: a procura por um antídoto contra a velhice.

No artigo “A crise de sentido, no inverno de nossas vidas”, Norman chama a atenção:

“A vida ‘idosa dos idosos’, como são conhecidas as pessoas com mais de 85 anos, é marcada pelo que os geriatras chamam os ‘temíveis des’: declínio, deterioração, dependência.” (*Jornal da Tarde*, SP, 1996)

O articulista aponta a incompatibilidade desses três estados com o tema nacional (no caso, americano) - a valorização da independência:

“De fato, colocamos os idosos [...] nas margens da sociedade porque eles não possuem a postura de auto-confiança, autonomia e independência que admiramos como uma sociedade.” (*Jornal da Tarde*, SP, 1996)

Em seguida, pergunta-se pelo sentido desses anos a mais, e já que essa dependência não traz promessas, nem esperanças, nem redenções (como nos jovens adolescentes), não há aceitabilidade social. Segundo o mesmo artigo, a busca pelo sentido é uma maneira de começar de novo, e não se chega a isso sozinho.

Diante desse quadro, já se delinea a importância de termos profissionais sensíveis e críticos às questões que envolvem os indivíduos nas especificidades de cada processo de envelhecimento. Pensando a inserção desses profissionais em serviços comunitários, atuando na promoção da saúde, na prevenção ou cura da doença, o estudo das representações torna-se uma forma de conhecimento prático que pode orientar a ação.

No capítulo relativo à metodologia, discuto a utilização desse conceito, aprofundando a análise que embasa este estudo.

1.3 Imagens do envelhecimento e a mudança no enfoque

A relativa demora dos censos demográficos para melhor analisar os dados referentes ao envelhecimento populacional contribuiu para que essa faixa da população demorasse a ter visibilidade social. O enfoque antropológico sinaliza que esses dados são importantes para verificarmos o quão presentes os símbolos da velhice (associados à doença) estão para os profissionais que lidam diretamente com esse segmento populacional. Vejamos as contribuições dessa área do conhecimento para o estudo que proponho.

A transformação do idoso em um novo ator social está na pauta das plataformas políticas, do mercado de consumo e das diferentes possibilidades de lazer, que se oferecem, reiterando essa mudança.

O prolongamento da vida representa uma conquista dos tempos atuais, decorrente do desenvolvimento da medicina e da prevenção de doenças, mas por outro lado, hoje, estamos diante da dificuldade do acesso a esses recursos em virtude da falência das redes públicas e do custoso atendimento a essa faixa etária, pelo sistema privado. Este estudo não pretende detalhar esta análise mas é imprescindível tê-lo como pano de fundo.

Debert aponta em seu estudo, “As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual”, a socialização progressiva da gestão da velhice.

[...] durante muito tempo considerada como própria da esfera privada e familiar, uma questão de previdência individual ou de associações filantrópicas, ela se transforma em uma questão pública.” (Debert, 1996, p. 1)

Tentativas de homogeneização das representações da velhice são acionadas frente à demanda do setor de consumo, de lazer, dos especialistas da saúde: a velhice passa a ser uma categoria única, necessária para fins de atendimento, deixando de se levar em conta as diferenças.

A mesma autora sinaliza as tendências e ambivalências contidas nessas categorizações. Para ela, os estereótipos negativos, desencadeados pela representação da velhice (como abandono, desprezo, ausência de papéis sociais), foram fundamentais para a universalização da aposentadoria. Podemos identificar ações condizentes com os

pressupostos que sustentam as categorias. Assim, a tendência contemporânea de tratar a idade avançada como um momento privilegiado para a busca do prazer, satisfação e realização pessoal abre espaço para experiências de envelhecimento bem-sucedidas, vividas coletivamente.

A imagem positiva da velhice contemporânea parece ter contribuído para o interesse que a sociedade brasileira passou a nutrir pelo tema:

“Esse interesse se evidencia em três tipos de manifestações que são ativas na redefinição das representações sobre os idosos, as pesquisas acadêmicas que buscam compreender as práticas cotidianas desenvolvidas por idosos e as representações que eles fazem de sua experiência de envelhecimento; a abertura de espaços em agências governamentais e organizações privadas, para iniciativas que se destinam a assegurar um envelhecimento bem-sucedido para idosos de diferentes estratos sócio-econômicos; ou criação de novas agências e organizações voltadas para trabalhos específicos com a população idosa; o tratamento cada vez mais amplo que os idosos e as questões do envelhecimento recebem na mídia.” (Berquó, 1996, p. 8)

Programas para a terceira idade, com distintos perfis sócio-econômicos, também confirmam a possibilidade da velhice ser vivida com uma imagem positiva. No entanto, o fato de a participação masculina não ultrapassar os 20% e o público frequentador desses serviços ter níveis de independência funcional apontam para limites implícitos aos usuários deles.

Se por um lado a perspectiva da miséria foi alavanca para transformar o idoso em um ator público, a diversidade de situações dos idosos no país dificulta, por outro, as ações que podem beneficiar os mais fragilizados.

Novamente, é importante frisar que a categoria genérica positiva de velho, não deve esconder o velho, miserável e com doenças crônicas ou agudas.

“Dar conta da heterogeneidade das experiências e das novas imagens do envelhecimento e do idoso como uma fonte de recursos não pode nos levar a responsabilizar os indivíduos pela perda de habilidades e controles físicos e emocionais que o processo de envelhecimento desencadeia.” (Debert, 1996, p. 17)

Essa análise antropológica mostra como um processo biológico, investido culturalmente, adquire simbologias sociais diferentes. O exagero da concepção da velhice bem-sucedida nos dá possibilidade de pensar que, se por um lado retira a imagem de imobilidade-inatividade, por outro responsabiliza exclusivamente o indivíduo pela qualidade do seu envelhecimento. Debert chama a atenção para o risco dessa concepção transformar os problemas da velhice avançada, no que ela denomina “reprivatização da velhice”, ou seja:

“Os indivíduos não são monitorados para exercer uma vigilância constante do corpo, mas são responsabilizados pela sua própria saúde, através da idéia de doenças auto-inflingidas, resultado de abusos corporais como a bebida, o fumo, a falta de exercícios.” (Debert, 1996, p. 5)

No mercado, passa a existir uma série de serviços oferecendo orientações preventivas para quem não quer se sentir velho e para aqueles que necessitam de motivação para se enquadrar no estereótipo de vitalidade. Essa perspectiva do idoso como “fonte de recursos” encobre a perspectiva da velhice miserável e ou dependente.

Alimentando-se com avidez do momento presente, do aqui e agora, nossa sociedade parece insistir na promoção de um forte ocultamento social daqueles que, por anos e décadas, em muito contribuíram para a produção da riqueza social.

Anualmente, homens e mulheres em idade cada vez mais precoce deixam vagos, para ocupação de outros, os lugares sociais que habitaram por tanto tempo e os papéis que desempenharam ao longo dos anos. São homens e mulheres levados a assumir para si as imagens negativas socialmente construídas, antes do declínio biológico do próprio corpo. Essa visão convive com novas concepções positivas da velhice.

Com referência referimos os problemas da velhice como se ela estivesse intrinsecamente ligada a perdas orgânicas. Alterações na agilidade física e mental, tão necessárias à sobrevivência nas sociedades produtivas, nos confrontam com o processo de envelhecimento. Através de uma orientação medicamentosa correta começa-se a idealizar o adiamento *ad infinitum* da decrepitude física. A reprivatização do envelhecimento aponta para o deslocamento do poder da saúde para o geriatra: é a ele que cabe a prescrição do remédio. Este aspecto é precioso para a reflexão do uso do medicamento na velhice: participar do seu tratamento é reduzido ao consumo dessas orientações.

Como se vê em algumas referências bibliográficas, esse horror à velhice, além do lado objetivo que é o de nos depararmos com as condições reais do velho na nossa sociedade, apresenta um lado irracional na medida em que as pessoas parecem se preocupar consigo mesmas muito antes de atingirem a meia-idade, chegando mesmo a haver movimentos no sentido de se iniciar tratamentos geriátricos aos 25 anos. A mídia alardeia o relato de figuras públicas, como atletas e artistas, que começam o tratamento prematuramente.

Os profissionais formados em gerontologia, visando melhorias na qualidade de vida do idoso, também correm o risco de mistificar serviços como operadores de mudanças, vistas somente em relatos milagrosos.

Um novo mito é criado: a possibilidade do retardamento infinito das perdas orgânicas intrínsecas ao processo de envelhecimento. As limitações individuais e as restrições sociais ficam obscurecidas. O velho “se quiser” pode fazer “tudo”, pode até interferir sobre essas alterações orgânicas, se seguir as prescrições medicamentosas e as orientações para uma melhor qualidade de vida.

No entanto, as transformações fisiológicas ocorridas a indivíduos com mais de cinquenta anos evidenciam-se na sobrecarga do sistema médico, relativa a essa faixa etária.

Ramos & Saad em “Morbidade da população idosa”, concluem:

“Como se pode perceber, o quadro mórbido hospitalar da população idosa se associa de forma marcante com patologias crônico-degenerativas, o que implica, como se verá, uma utilização mais intensiva dos equipamentos e serviços disponíveis na rede de saúde.” (Ramos & Saad, 1990, p.171)

Podemos pensar nos benefícios dos avanços da tecnologia modificando a velhice, humanizando-a. Toda uma parafernália liberta o velho, parcialmente, da servidão biológica, possibilitando a auto-determinação e a dignidade.

Mas as representações associadas à reprivatização da velhice novamente se fazem presentes. A associação entre velhice e morte, entre morte e doença, fortalecem a relação entre velhice e doença:

“A cura é tida como dependente sobretudo da capacidade de ter amor-próprio.” (Sontag, 1984, p. 61).

O indivíduo passa a arcar com o modo de envelhecer, associando a idéia de castigo por ter levado uma suposta vida pouco saudável.

A idéia de inevitabilidade da morte faz com que a discriminação e conseqüente marginalização apareçam nas condutas relacionadas às modificações fisiológicas. Assim, a aparência do idoso leva pessoas a serem consideradas doentes antes de adoecerem, levando muitas a uma morte social que precede a morte física. Torna-se possível criar uma nova classe de párias vitalícios, os futuros doentes.

A sociedade de consumo, atenta àqueles que fogem a esse estigma, oferece perspectivas de inserção através da preservação da auto-imagem.

O artigo “Idosos saudáveis são grande negócio” (*Folha de S. Paulo*, 1993), relata numericamente o forte segmento de mercado para a economia que explora a vitalidade para idosos que permaneçam ativos. Aponta a tendência de aumento desse segmento e seus reflexos na política e na economia americanas. A extensão da atuação desses idosos “saudáveis” parece se expandir à medida que a auto-estima é fortalecida.

Conquistando espaços sociais, o idoso, conscientiza a sociedade para o envelhecimento como continuação e consequência de um modo de vida anterior. Programas que valorizam a atualização e a capacidade criadora são fundamentais, contribuindo para a reafirmação da auto-estima pessoal e incentivando o autocuidado.

Para atingir tais objetivos, há necessidade de preparar profissionais para que possam ter uma atuação condizente com esses dois pressupostos.

Pretendo, neste estudo, focar a utilização ou negação do uso de drogas medicamentosas, atenta ao que isto pode significar no conflito entre a aquisição de uma melhor qualidade de vida e/ou na negação da deterioração orgânica. Volto para os usuários e os profissionais, ou seja, para quem recebe a medicação e quem medica e/ou prescreve orientações para idosos, na tentativa de elucidar as relações que se estabelecem entre as duas partes.

Possibilitar a compreensão da visão específica de cada um desses dois grupos é um primeiro passo para novas formas de atuação.

Para fazer uma discussão profunda, é preciso discutir a questão da saúde na velhice.

1.4 A compreensão da saúde na velhice

A discussão sobre saúde como um direito vital vem de longa data. No contexto deste trabalho, situar essa questão em uma perspectiva histórica recente é uma tentativa de captar as discussões havidas nos bastidores da adoção de certas definições que expressam os debates que vêm sendo travados. O envolvimento de personalidades marcantes nesses debates, como a de Paula Souza, acadêmico sensível e atento ao tema, trouxe esse debate à luz dos anos 40:

“Em abril de 1945, os delegados dos países vencedores da Segunda Guerra Mundial encontraram-se na cidade norte-americana de São Francisco para criar uma entidade supranacional, capaz de manter a paz entre as nações. Assim, institui-se a Organização das Nações Unidas (ONU). No início de 1946, o Conselho Econômico e Social da ONU nomeou uma Comissão Técnica Preparatória com a missão de formular propostas a serem discutidas em uma Conferência Sanitária Internacional, convocada para 19 de junho, em Nova York. Entre os dezesseis integrantes da Comissão Técnica Preparatória e seus assessores, estava o professor Geraldo Horácio de Paula Souza, da Universidade de São Paulo.” (Moura, 1989, p. 63)

Promover “a saúde” é um trabalho de implicações filosóficas, éticas e existenciais, portanto, é preciso explicitar que os valores estão em jogo no uso dessa ou daquela teoria, desse ou daquele instrumento e técnica de intervenção.

A amplitude das diversas áreas de conhecimento que participam dos estudos sobre saúde e bem-estar humanos exigem uma sistematização das discussões já desenvolvidas nessa área. O esforço aqui será no sentido de compreender o atual debate em torno das alterações conceituais do termo. Segundo o “Glossário de promoção da saúde”:

“El concepto de promoción de la salud está en fase de desarrollo y no cabe duda de que será objeto de ulteriores mejoras.” (Nutbeam, 1996, p. 383)

Pretendo, neste trabalho, retomar a análise dos questionamentos implícitos nas diferentes definições de promoção de saúde, para em seguida nos aproximar esse tema das questões concernentes à velhice.

Na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Otawa, Canadá, em 1986, a questão relativa à promoção da saúde surgiu como um paradigma alternativo aos problemas de saúde dos países. Ela é conceituada assim:

“Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.” (1996, p. 6)

O documento atribui o papel de protagonista a homens e mulheres, como sendo capazes de controlar fatores determinantes da sua saúde. O desenvolvimento social, econômico e pessoal são dimensões consideradas importantes da qualidade de vida. Aqui estão as raízes do tão propagado incentivo ao autocuidado na velhice, apregoado nas práticas atuais da saúde, sem contudo culpabilizar as pessoas que adoecem, tornando a doença uma responsabilidade unicamente individual.

Alcançar a equidade social é, nessa conferência, condição indispensável para a saúde e o desenvolvimento. A responsabilidade pelas ações coordenadas pelo governo foi estendida do setor de saúde, aos setores sociais e econômicos, organizações voluntárias, ONGs, autoridades locais, indústria e mídia.

Cinco campos de ação foram preconizados:

- Elaboração e implementação de políticas de saúde;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Reforço da ação comunitária;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais; e
- Reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

A Declaração de Adelaide (Austrália, 1988), manteve a direção estabelecida nas Conferências de Alma-Ata (1978) e Ottawa:

“As políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. O principal propósito de uma política pública saudável é criar um ambiente favorável, para que as pessoas possam viver saudáveis. As políticas saudáveis facilitam opções saudáveis de vida para os cidadãos. Criam ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde. Para formular políticas públicas saudáveis, os setores governamentais de agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação devem levar em consideração a saúde como um fator essencial. Estes setores deveriam ser responsabilizados pelas conseqüências de suas decisões políticas sobre a saúde da população. Deveriam, também, dar tanta atenção à saúde quanto aos assuntos econômicos.” (1996. p. 7)

No entanto, enfatizou-se aí a responsabilidade dos países desenvolvidos em assegurar que suas políticas tenham um impacto positivo na saúde das nações em

desenvolvimento. As áreas priorizadas nesses programas voltados para as ações em políticas de saúde coincidem com as da Conferência de Ottawa, acrescentando-se apenas o quesito de apoio à saúde da mulher.

Pelo fato de demograficamente encontrarmos maiores índices de mulheres velhas, inclusive neste estudo, podemos constatar a importância da ênfase dada à saúde da mulher.

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: Ambientes Favoráveis à Saúde (Sundsvall, Suécia, 1991) traz o tema do meio ambiente incorporado a área da saúde. Essa conferência reconhece o papel de todos na criação de ambientes favoráveis e promotores da saúde, salientando as dimensões social, econômica, política e cultural na promoção da saúde:

“Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deve ser o objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e devem ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais.” (1996, p. 8)

Essa visão global de saúde é imprescindível para se pensar as especificidades do processo de envelhecimento e como é essencial uma abordagem multifatorial desse tema.

Os participantes da conferência ocorrida na Suécia, solicitaram que a Declaração de Sundsvall fosse considerada na Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, que se realizaria no Rio, em 1992. Também, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional da Promoção da Saúde (Santafé de Bogotá, Colômbia), respondendo à problemática específica das nações latino-americanas e incorporando aspectos significativos das reuniões anteriores e da experiência de outras nações do mundo.

“A promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento [...] o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como em trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.” (1996; p. 8)

No segundo item, da mesma declaração da Conferência Internacional da Promoção da Saúde, a participação popular é enfatizada na administração das decisões

de saúde, onde a inquietação reitera a necessidade de alternativas novas para combater o sofrimento causado pelas doenças do atraso e da pobreza:

“Dentro deste panorama, a promoção da saúde destaca a importância da participação ativa das pessoas na modificação das condições sanitárias e na maneira de viver, condutoras da criação de uma cultura da saúde. Nesse sentido, a divulgação de informações e a promoção do conhecimento constitui em valiosos instrumentos para a participação e para a mudanças de estilos de vida das comunidades.” (1996, p. 43)

A deterioração das condições de vida das populações na América Latina, aliada à redução de recursos necessários para promover a saúde, são representados nessa conferência como o principal desafio do continente. Atribui-se à promoção da saúde não só o papel de identificar os fatores que favorecem a iniquidade, mas também atuar como agente de mudança nas atitudes e condutas da população e de seus dirigentes. Indica-se igualmente que a reorientação dos serviços de saúde implica mais pesquisas na área e, mudanças na educação, especialmente no que toca a formação e o treinamento de profissionais da saúde.

Interessa aqui destacar particularmente a importância do atendimento que deverá ser fornecido à população idosa, no conjunto das demandas dos países emergentes. O envelhecimento não mais se restringe a poucos indivíduos, estando a velhice cada vez mais presente na vida social. Um programa de atenção à saúde do idoso é mais importante, no sentido de evitar doenças crônicas que implicam internações hospitalares de longa duração.

A definição inicial de saúde da OMS (*apud* Nutbeam, 1996)), “o estado de completo bem-estar físico, mental e social”, mostrou estar distante da realidade. Temporariamente, uma pessoa está ao mesmo tempo em perfeita saúde e em completo bem-estar físico, mental e social, mas raramente consegue unir por longo tempo todas essas condições. Essa conceituação mostra-se utópica, subjetiva e pouco precisa pelo seu significado relativo.

Vale ressaltar mais uma vez que além de “bem-estar” não implicar ausência total de enfermidades, o uso desse termo tampouco leva em consideração os mecanismos de alterações estruturais e fisiológicas adaptativos do organismo ao seu meio ambiente; nesse contexto, falar de saúde plena ou absoluta é irreal. Na sociedade humana, os aspectos estruturais e de desenvolvimento cultural são determinantes do estado de saúde individual e coletivo.

O processo saúde-doença designa um estado dinâmico de um organismo e aponta para a interseção dos determinantes biológicos e dos determinantes sociais, na tentativa de encontrar explicações e meios de atuação à problemática da saúde.

A concepção de promoção de saúde pode ser vista como uma resposta às críticas ao conceito de Saúde da OMS; os meios preventivos anteriores à manifestação da doença passaram a ser conhecidos como promoção da saúde. Reterei algumas passagens da definição de promoção de saúde que se encontra no “Glossário” preparado por solicitação da organização supra-citada.

“La promoción de la salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y que, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social.” (Nutbeam, 1996, p. 385)

Mais adiante, conclui:

“Así pues, la promoción de la salud no se ocupa solo de promover el desarrollo de las *habilidades personales* y la capacidad de la persona para influir sobre los factores que determinan la salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno para reforzar tanto aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables como para modificar aquellos otros factores que impiden ponerlos en práctica.”(Nutbeam, 1996, p. 385)

Pensar a saúde no contexto social implica falar de ações que promovam a saúde, procurando modificar as circunstâncias favoráveis ao aparecimento da doença antes que ela se manifeste. É importante rever a interligação de promoção da saúde com o conceito de prevenção da enfermidade:

“Su meta es potencializar al máximo la salud. En este contexto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se pueden considerar como dos actividades distintas, pero complementarias, que se superponen en una serie de situaciones y circunstancias.” (Nutbeam, 1996, p. 386)

O saneamento básico, a educação, a nutrição, a habitação, as condições de trabalho e a recreação são medidas que encaram a saúde como parte do progresso econômico e social, atingindo os casos que não pertencem ao quadro de enfermidade propriamente dita.

Esse pensamento está incorporado na análise de Capra sobre saúde. Ele a vê como um processo contínuo que reflete uma teia de relações entre múltiplos aspectos do complexo fenômeno da vida:

[...] Como a condição de uma pessoa depende sempre, em alto grau, de seu meio ambiente natural e social, não pode haver um nível absoluto de saúde que seja independente desse meio ambiente. As mudanças contínuas do organismo de uma pessoa em relação às variações ambientais incluirão naturalmente fases temporárias de saúde precária, sendo muitas vezes impossível traçar uma linha nítida entre saúde e doença. A saúde é realmente um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos independentes.” (Capra, 1982, p. 315)

O autor chama a atenção para a importância da noção de “equilíbrio dinâmico”:

“A saúde, portanto, é uma experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social.” (Capra, 1982, p. 316)

A idéia de períodos de saúde precária, que podem propiciar o aprendizado e crescimento, é particularmente interessante no que diz respeito às possibilidades que os processos de perdas orgânicas decorrentes do envelhecimento engendram.

A saúde perfeita não deveria ser o objetivo essencial no tratamento a idosos. Mas entender junto com os idosos os seus distúrbios pode ser uma oportunidade a mais para a introspecção.

A ênfase na participação do paciente na compreensão e na elaboração do tratamento relega o medicamento à utilização restrita a situações específicas.

“Os medicamentos só serão usados em casos de emergência e, mesmo assim, tão parcimoniosos e especificamente quanto possível. Portanto, a assistência à saúde será emancipada da indústria farmacêutica, e médicos e farmacêuticos colaborarão na seleção, dentre os milhares de produtos que os laboratórios farmacêuticos despejam no mercado, das poucas dúzias de medicamentos básicos que, de acordo com os médicos experientes, são inteiramente adequados para uma assistência médica eficaz.” (Capra, 1982, p. 331)

Segundo o mesmo autor, essa postura exige uma equipe multidisciplinar com uma concepção comum de saúde, para que se possa comunicar e integrar esforços, visando um determinado tipo de assistência, e com disposição para buscar soluções criativas para cada nova situação desafiadora que se apresenta.

Dir-se-ia, portanto, que a aplicação de uma prática dinâmica na saúde, implica uma nova estrutura, baseada num pensamento complexo como o abordado por Morin & Kern:

“Uma vez mais, constatamos a inseparabilidade dos problemas, o seu caráter circular ou em espiral, cada um dependente dos outros, o que torna a reforma de pensamento tanto mais difícil e, ao mesmo tempo, tanto mais necessária, pois só um pensamento

complexo poderia considerar e tratar essa circularidade interdependente.” (Morin & Kern s.d., p. 139)

Levando em conta essa última idéia, vemos que o processo de envelhecimento também se situa dentro da questão da complexidade. Como foi dito anteriormente, neste trabalho, velhice não é somente um fenômeno biológico, mas é também um fato cultural, social, existencial e, psicológico.

O envelhecimento é parte inevitável do processo de crescimento, desenvolvimento e maturação do organismo. O estado de saúde do idoso tem a ver, por conseguinte, com fatores como saneamento, nutrição adequada, moradias confortáveis e escolaridade. Isso já indica a complexidade desse processo que deve se articular com uma complexidade ainda maior, prevista na idéia de promoção de saúde.

Assim, as estratégias e os compromissos em torno da promoção de saúde, como vimos acima, fazem parte de uma corrente de pensamento mundial com propostas de políticas de atuação.

O Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (março de 1996, Brasília), pretendeu ser um documento norteador das ações, de forma descentralizada, a serem desenvolvidas por intermédio dos órgãos setoriais nos estados e municípios, em parceria com as Organizações Governamentais e Não-Governamentais.

A justificativa desse documento nos alerta para as projeções estatísticas brasileiras: em termos absolutos, nos tornaremos o sexto país em população idosa, em 2025. As conseqüências são apontadas:

“A ausência de condições de apoio familiar, a pobreza material e a inexistência de programas e serviços de instituições sociais fazem com que os idosos ingressem na tão conhecida marginalidade social, acentuando as fragilidades naturais do envelhecimento” (Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, 1996, p. 8)

Manter o idoso fora do ambiente institucional faz parte da recomendação do documento, que salienta a necessidade de investimento em outros modelos de intervenção com custos menores e melhores resultados sociais:

“Nesse sentido são necessárias ações mobilizadoras de todas as forças e de todos os sistemas da comunidade, para implementação de programas que atendam as principais fragilidades desse grupo etário, estimulando sua autonomia e independência.” (Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, 1996, p. 8)

O seminário internacional Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para o Final do Século, realizado em Brasília em julho de 1996, culminou com a formulação do decreto 1948, regulamentando a lei n. 8842, dispendo sobre a política nacional do idoso e buscando uma tradução dessa política em termos de um plano de ações para o idoso no Brasil.

A conquista do direito à saúde delinea-se como uma luta por melhor qualidade de vida. Recorrerei novamente ao “Glossário de Promoção da Saúde”, afim de examinar a definição de qualidade de vida:

“Percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.” (Nutbeam, 1996, p. 389)

A promoção da saúde nos idosos pode postergar o aparecimento de enfermidades crônicas ou aliviar sua sintomatologia. A definição de políticas pode melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos.

A reflexão sobre qualidade de vida está diretamente interligada à reflexão exposta acima, ou seja, sobre a promoção da saúde. Por isso, o processo de envelhecimento deve ser analisado não só através das mudanças no estado de saúde dos idosos, mas também no seu contexto sócio-cultural, já que ele influi na qualidade de vida.

Os níveis da qualidade de vida variam de acordo com os fatores físicos, biológicos e sociais, projetados para a população humana, visando prolongar o período de vida, e prevenir os agravos que impeçam a promoção do pleno exercício da capacidade funcional. A interação de medidas objetivas e subjetivas compõe o levantamento da qualidade de vida de determinada comunidade. Adotaremos “bem-estar” na velhice como expressão equivalente a “qualidade de vida na velhice” porém, considerando o fato de que essa discussão transcende os objetivos mais imediatos e os limites do presente estudo, deixaremos de lado, neste momento, o aprofundamento da questão.

A Saúde Pública é o conjunto dessas atividades, associadas a disciplinas e especialidades, passíveis de aplicação segundo esforço conjunto de população. Vamos nos debruçar sobre o que é envelhecer bem, à luz dos parâmetros apontados anteriormente. Neri afirma que:

“A promoção da boa qualidade de vida na idade madura excede entretanto os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sócio-cultural” (Neri, 1993, p. 9)

Ainda segundo a autora, os indicadores de bem-estar na velhice são: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos).

A subjetividade desses indicadores varia segundo a história afetiva e dos valores dos idosos; no entanto a interação entre indivíduo e contexto, ambos em transformação contínua, deve ser o referencial dessa avaliação.

“Isto é, as pessoas poderão viver saudáveis e por mais tempo, e seu período de doenças senis poderá ser evitado, adiado ou abreviado, dependendo de fatores econômicos e sociais que determinam as condições de saúde e os estilos de vida do segmento social de que fazem parte.” (Neri, 1993, p. 36)

Para contextualizar o curso das experiências individuais é importante enfatizar que as políticas sociais devem interferir em sistemas de saúde e educação, no planejamento de ambientes de trabalho, nos espaços urbanos, no sistema de seguridade social e no modelo de profissionais que lidam direta ou indiretamente com esse tema.

Anita Neri, ao final do artigo “Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa”, sugere as seguintes estratégias de intervenção para a realidade brasileira:

“Em primeiro lugar é essencial promover a saúde física ao longo de todo o curso de vida. Outra providência relevante seria a educação continuada na vida adulta e na velhice, incluindo oportunidades para o treinamento compensatório. Finalmente, mas não menos importante, deve ser encorajada a flexibilidade individual social.” (Neri, 1993, p. 47)

As intervenções preconizadas pela autora reconhecem o envelhecimento biológico, mas apontam para o envelhecimento “sociogênico”. No mesmo sentido (e anteriormente), Alex Confort aborda esse tema:

“Todavia, os elementos responsáveis pelo martírio da velhice na sociedade em que vivemos normalmente não decorrem do processo de envelhecimento biológico, mas sim do 'envelhecimento sociogênico' – em outras palavras, dos papéis impostos pela sociedade aos seres humanos assim que estes atingem uma determinada idade cronológica. Chegado esse momento, 'aposentam-se', ou, em termos mais chãos, se vêem desempregados, inúteis e, em alguns casos, na miséria. Assim que é ultrapassado

o limite de transição, e proporcionalmente à idade cronológica, são rotulados de insensatos, imprestáveis, caducos e assexuados.” (Confort, 1979, p. 9)

A distinção entre envelhecimento biológico e sociogênico é fundamental já que se pode traçar estratégias que permitam melhor aproveitamento do tempo livre e aumento na qualidade de vida, assim como atitudes e políticas positivas, alternativas à discriminação contra os idosos. Isso implica levar em conta as necessidades particulares que se apresentam nessa etapa da vida e preparar-se para enfrentá-las e superá-las. Políticas sociais, de trabalho e culturais permitem o contínuo aproveitamento e participação dos velhos, marcadas pela dignidade e respeito que merecem. Sentir que suas vidas têm significado e que estão contribuindo para o seu bem-estar, mas também para o seu desenvolvimento social, percebendo que são chamados a essa responsabilidade todos os que são capazes de participar e contribuir.

No desenvolvimento de minha reflexão sobre saúde, qualidade de vida e ingestão de medicamentos na velhice, procurei informações específicas sobre este último aspecto.

Na comunicação n. 3, sobre “A saúde dos anciãos: uma preocupação para todos”, da Organização Panamericana de Saúde (1992), a saúde mental recebe atenção especial. Neste capítulo, três itens são priorizados: a depressão, as demências e os problemas relacionados com consumo excessivo de álcool e medicamentos.

Segundo o documento, a depressão na idade avançada, além de ser freqüente, pode não ser aparente, apresentando-se em perdas de peso, transtornos da conduta, dores persistentes e consumo em excesso de álcool e medicamentos. A tristeza pode levar à depressão, mas se distingue da primeira pela permanência dos sintomas após seis semanas e pelo abatimento muito superior ao estímulo que a provocou.

O diagnóstico correto para distinção das perdas progressivas das faculdades mentais, característica das demências, é muito importante. A tentativa de suicídio em idosos deprimidos exige atenção especial e intervenções rápidas, já que além do risco de vida são quadros com bons prognósticos. Algumas depressões também estão associadas à solidão e a preocupações sócio-econômicas.

“Este tratamiento, para ser efectivo, debe ser interdisciplinario y, en lo posible, contar com la colaboración de familiares, amigos y otras personas relacionadas con los enfermos. Debe tenerse en cuenta que la mayoría de las depresiones son tratables y reversibles.” (Organização Panamericana de Saúde, 1992, p. 9)

O consumo em excesso de medicamentos merece, nesse mesmo documento, atenção especial. À medida que se envelhece, as funções do fígado, rins, cérebro e sistemas cardiovascular e gastrointestinal se alteram. O sistema nervoso, em especial, é sensível ao abuso dos medicamentos como tranqüilizantes e os que favorecem o sono.

“El consumo en exceso de medicamentos involucra tanto los recetados por el médico como aquellos resultantes de la automedicación del paciente. Es particularmente preocupante en los ancianos el consumo excesivo de medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central, como los tranquilizantes, antipsicóticos, sedantes e hipnóticos. La interacción entre estos medicamentos puede conducir a la pérdida de la memoria, marcos, confusión mental e incontinencia.” (Organização Panamericana de Saúde, 1992, pp. 10-1)

A combinação do álcool com antibióticos, tranqüilizantes, antialérgicos, antidepressivos, analgésicos etc. pode potencializar e converter-se em doses perigosas devido à imprevisibilidade dos efeitos.

“Se calcula que en los Estados Unidos de América unas 30.000 personas de 65 años y más mueren anualmente como consecuencia de reacciones adversas a los medicamentos” (Organização Panamericana de Saúde, 1992, p. 10)

Querendo contribuir, como psicóloga, para a compreensão do complexo processo de envelhecimento, penso ser importante mencionar que qualquer tratamento requer a aceitação das necessidades humanas básicas: afeto, companhia, reconhecimento e segurança. O prognóstico tem a ver com a análise do início de consumo excessivo dos medicamentos, estado de saúde geral do indivíduo e suas possibilidades de colaboração no sentido de levar o tratamento adiante.

Tornar os indivíduos conscientes e participativos na conservação da sua saúde e na prevenção da doença implica conduzir tanto os usuários como os profissionais de saúde a uma relação de encorajamento da autonomia do idoso, numa perspectiva de adaptação contínua ao ambiente. O levantamento de dados que segue busca trazer mais informações à complexa relação entre medicamentos, usuários idosos e postura dos prestadores de serviços a esse público.

A população idosa dos países industrializados consome quantidades consideráveis de medicamentos. Esse recurso nem sempre é a melhor solução para enfrentar a realidade do envelhecimento: se são eficazes na regulação de certos problemas, são igualmente capazes de provocar reações adversas ou efeitos secundários

não esperados. A situação é inquietante, pois constitui obstáculo à promoção da saúde dos idosos, colocando desafios importantes aos profissionais de saúde.

Em *Pessoas idosas. Uma abordagem global*, estudo realizado em Quebec, no Canadá, para avaliar a atuação das enfermeiras na gerontologia, o fenômeno do consumo de medicamentos pelos idosos é analisado globalmente na tentativa de elaborar intervenções preventivas. O levantamento estatístico leva a afirmar que o sobreconsumo de medicamentos pelas pessoas de mais idade faz parte de um fenômeno social que parece irreversível, atingindo primordialmente os tranqüilizantes e hipnóticos.

“No Canadá, a percentagem de pessoas de 65 anos que consomem tranqüilizantes é de 20% para as mulheres e de 10,4% para os homens, enquanto no Quebec esta percentagem atinge 25% para as mulheres e de 12% para os homens.” (Berger & Poirier, 1995, p. 440)

Ainda segundo o mesmo estudo, no Quebec, os psicotrópicos administrados às pessoas de idade vêm em segundo lugar de toda a farmacopéia, no entanto as perturbações emotivas não são necessariamente mais numerosas durante a velhice. As mulheres idosas são mais consumidoras que os homens, para quase todas as categorias de medicamentos.

“40,9% das mulheres utilizam medicamentos para as doenças do coração e hipertensão em comparação com 29,1% dos homens e, além disso, 25% das mulheres fazem uso de pelo menos dois psicotrópicos em comparação com 12,5% dos homens.” (Berger & Poirier, 1995, p. 441)

Os dados demonstram que uma grande proporção de idosos recorre a medicamentos sem que estes sejam realmente eficazes para enfrentar o contexto social e individual do envelhecimento.

As mudanças biológicas próprias da senescência acentuam a vulnerabilidade dos idosos às reações adversas e efeitos secundários da medicação.

“A senescência não é, pois, uma doença mas pode levar a uma quantidade de afecções, porque se caracteriza pela redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas. Cedo ou tarde, o equilíbrio homeostático desregula-se. Os problemas aparecem principalmente em momentos de *stress* fisiológico, porque o organismo já não tem as reservas necessárias para resistir às agressões e manter as funções vitais.” (Berger & Poirier, 1995, p. 125)

Os riscos associados ao consumo de medicamentos nos idosos tem sua explicação em fatores biofisiológicos. Na pesquisa que desenvolvi, ressalta-se a importância de um estudo em profundo dos aspectos biofísicos do consumo de medicamentos na velhice, a ser trabalhado por especialistas na área medicamentosa. Abordar esse tema aqui significa apontar as sérias implicações associadas a este fenômeno.

Diversos produtos que utilizados para tratar mal-estares crônicos interferem no metabolismo e na eliminação dos medicamentos. Alguns diminuem o apetite, causam náuseas, irritam o estômago, impedem a absorção dos nutrientes, causam avitaminoses e deficiências, podendo até alterar o equilíbrio em geral.

O estudo das diferentes etapas do processo de metabolismo dos medicamentos (farmacocinética) confirma que a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação dos medicamentos modificam-se e alteram-se com a idade. A farmacodinâmica, estudo dos efeitos biológicos e terapêuticos dos medicamentos, estabelece relações entre as alterações no interior dos tecidos e dos órgãos e a recepção dos medicamentos, à medida que se envelhece. Exemplificando alguns aspectos:

“Os receptores do sistema nervoso central dos idosos são particularmente sensíveis a substâncias como os barbitúricos, as benzodiazepinas, o álcool e os anestésicos. Entre os efeitos secundários associados ao consumo de barbitúricos conta-se o aumento das fracturas e das quedas, a agitação noturna, o delírio e os sintomas psicóticos. As benzodiazepinas provocam com frequência ataxia, confusão sonolência e descoordenação motora. A sensibilidade dos receptores do sistema cardiovascular também se encontra modificada. As pessoas de idade são mais sensíveis à digoxina e às substâncias como os antidepressivos tricíclicos, os anti-hipertensores e as fenotiazinas, os quais podem provocar vertigens e hipotensão ortostática.” (Berger & Poirier, 1995, p. 445, grifos dos autores)

A sensibilidade dos idosos aos medicamentos também depende de elementos como sexo, quantidade de medicamentos consumidos, história médica, estado físico (hidratação, nutrição), ritmo cardíaco, consumo de álcool etc. O estudo recomenda:

“A intervenção medicamentosa deve ser sempre justificada, específica e limitada no tempo.” (Berger & Poirier, 1995, p. 446)

Frente a esse quadro, há necessidade de retomar os fatores sociais e culturais presentes na atitude dos idosos diante dos medicamentos, já que os determinantes do bem-estar dos idosos são de difícil avaliação objetiva, como se viu anteriormente. A sociedade de consumo e as descobertas farmacológicas tornam atrativa a idéia de que

toda dor e doença tem um remédio à disposição, muitas vezes apresentado como a única solução. Os efeitos secundários possíveis dos produtos farmacêuticos são pouco esclarecidos:

“Uma grande parte desta publicidade salienta os medicamentos que visam aliviar os incômodos freqüentes nas pessoas de idade como a obstipação, a dor e a insônia. No entanto estes produtos (laxantes, analgésicos, hipnóticos, medicamentos para a constipação e a gripe) não são substâncias inofensivas e podem produzir reações adversas importantes.” (Berger & Poirier, 1995, p. 446)

O cuidado aqui salientado é na direção do medicamento não representar uma solução temporária, mascarando o conjunto das difíceis condições de vida dos idosos:

“Estatísticas americanas demonstram que os médicos internos ou generalistas passam em geral mais tempo com os clientes jovens do que com os idosos e têm tendência a passar mais receitas a estes últimos.” (Berger & Poirier, 1995, p. 446)

Não se deve atribuir apenas ao médico a impaciência e o desejo de controle de doenças crônicas para as quais há pouca esperança de cura, pelo menos não no sentido em que essas sejam as únicas razões para o consumo excessivo de remédios. Há várias outras razões, entre elas o próprio paciente: a insistência em obter receitas é fato sobejamente conhecido por aqueles que lidam com idosos. A “bengala química” serve de alívio em situações ansiogênicas na adaptação a essa etapa da vida, manifestadas através de sintomas somáticos.

As situações de ansiedade parecem estar relacionadas à sensação de pouco domínio sobre o meio social, gerando maior dependência dos outros, assim como sentimentos de impotência, incompetência e pouca responsabilidade social.

“O ‘comprimido’ representa muitas vezes, aos olhos das pessoas de idade, a solução ideal: ocupa as suas vidas, diminui o aborrecimento e a angústia, cura as doenças, impede de envelhecer etc.” (Berger & Poirier, 1995, p. 448)

No entanto, as reações aos medicamentos podem levar à hospitalização, à perda de autonomia física e psicológica, e finalmente à morte. Elas são denominadas de reações paradoxais ou intoxicações iatrogênicas:

“Os idosos que consomem muitos medicamentos expõem-se a riscos de reações indesejáveis, duas vezes mais elevados do que a média das pessoas.” (Berger & Poirier 1995, p.449)

Estamos aqui tratando de agressões nada desprezíveis ao organismo, não-intencionais, decorrentes do uso de medicamentos com finalidade terapêutica:

“Os riscos de efeitos adversos são duas a sete vezes mais elevados nas pessoas com mais de 65 anos. Além disso, 15 a 20% das hospitalizações das pessoas de muita idade são diretamente provocadas por estes efeitos indesejáveis e, em quase um terço dos casos, eles são a única causa da hospitalização. Os psicotrópicos são responsáveis pelo maior número de efeitos indesejáveis e causam 20% de todas as hospitalizações dos idosos. Por fim, mais de 15% dos síndromas orgânicos cerebrais estariam directamente ligados a um tratamento medicamentoso.” (Berger & Poirier, 1995, p. 449)

Os psicotrópicos, por si mesmos, podem ser perigosos devido a reações como dependência, perturbações psicológicas, confusão, desorientação, perturbações da memória etc. A situação é inquietante quando se pensa que substâncias desse tipo são bastante prescritas aos idosos.

Os efeitos adversos dos medicamentos, muitas vezes são reconhecidos pelos usuários. O problema se acentua quando efeitos colaterais em pessoas com doenças crônicas são tratados como novas doenças e novos medicamentos são acrescentados.

Outros fatores predis põem os idosos aos efeitos adversos:

- Doenças crônicas: insuficiência cardíaca ou renal, aumentam os riscos de efeitos adversos;
- Tratamentos inúteis:

“Acredita-se que um terço dos medicamentos prescritos às pessoas de idade são inúteis ou de indicação terapêutica duvidosa; isto é particularmente verdadeiro no caso dos ansiolíticos, hipnóticos, diuréticos, anti-hipertensores e antidepressivos.” (Berger & Poirier 1995, p. 450)

Apesar dos efeitos secundários muitas vezes serem procurados, como no caso de indutores do sono, os riscos aumentam no decurso do envelhecimento. Reconhecê-los é essencial, pois podem fazer a diferença entre o gosto ou o desgosto por viver; estamos falando de quadros como a impotência, descoordenação muscular, perda de equilíbrio ou perda de memória.

Os idosos que consomem muitos medicamentos estão expostos tanto à combinação de vários produtos como à diminuição do efeito esperado. A combinação de determinados alimentos também pode modificar a velocidade de absorção, distribuição, metabolismo e excreção do medicamento; os estudos das interações medicamento-alimento nos idosos podem ser úteis para a compreensão de certas reações.

Sintomas como tontura e confusão causados por dosagens inadequadas para idosos, em função de alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento, podem incapacitá-los de seguir as recomendações e a posologia indicadas.

Berger & Poirier (1995) mencionam várias outras razões relacionadas à não-adesão ao tratamento, entre elas:

- Excessiva quantidade de medicamentos prescritos;
- Dificuldade em recordar a posologia;
- Duração longa do tratamento e resultados pouco aparentes;
- Sintomas invisíveis, fazendo com que o paciente tenha dificuldade em aceitar a doença;
- Desinteresse relacionado com dificuldade de comunicação com o médico;
- Receio dos efeitos secundários indesejáveis;
- Dificuldade em ler o rótulo;
- Acondicionamento inadequado para portadores de deficiência física etc.

Mas a responsabilidade do usuário pela medicação também deve ser mencionada:

“A não-fidelidade ao tratamento é o segundo factor de hospitalização de origem medicamentosa a seguir às reações paradoxais.” (Berger & Poirier, 1995, p. 454)

Teixeira & Spínola, no artigo “Comportamento do paciente idoso frente à aderência medicamentosa” (1998), relatam os resultados do estudo realizado no Jardim Santa Felicidade, Jardim Universitário e Zona 2, pertencentes à área urbana da cidade de Maringá, Paraná. O objetivo é identificar o grau de cumprimento da prescrição medicamentosa por idosos, relacionada a alguns motivos e características bio-sociais. O cumprimento da prescrição se define como o grau em que o comportamento do indivíduo coincide com a recomendação médica, efetivando o que foi determinado ou prescrito.

Os resultados relativos ao cumprimento da prescrição médica mostram:

“ [...] dos 24 idosos entrevistados, 37,5% (9) tomam o medicamento dependendo do que sente, 20,8% (5) tomam um pouco, 33,3% (8) tomam quase totalmente e somente 8,4% (2) tomam totalmente.” (Teixeira & Spínola, 1998, p. 10)

Quanto à justificativa para interrupção do tratamento médico, segundo 45,9% dos entrevistados, lê-se que:

“O principal motivo alegado pelos idosos que interromperam o tratamento era de que o medicamento não estava fazendo bem, ou estava cansado de tanto tomar, ou de que estava apenas tirando 'férias' do medicamento.” (Teixeira & Spínola, 1998, p. 11)

No que se refere ao abandono da prescrição médica:

“[...] após o desaparecimento dos sintomas, a maioria dos idosos, 62,5% (15), confirmou esta situação e 37,5% comentaram não abandonar a prescrição médica.” (Teixeira & Spínola, 1998, p. 11)

Quanto à ingestão de doses maiores ou menores que as prescritas:

“[...] 54,1% (13) disseram nunca ter praticado tal ato. Por outro lado, 33,3% (8), falaram já ter tomado uma dose menor e 12,6% (3) comentaram ter tomado uma dose maior.” (Teixeira & Spínola, 1998, p. 11)

O estudo aponta para a necessidade de se dispender mais tempo em educação nas orientações voltadas para a saúde, já que é motivo de preocupação a adesão da terceira idade aos medicamentos prescritos:

“Os resultados sugerem a necessidade de valorização e intensificação de informações a este grupo etário de preocupação do setor saúde devido às implicações decorrentes do uso inadequado de medicamentos prescritos.” (Teixeira & Spinola, 1998, p.1)

Os idosos geralmente têm problemas de saúde e são incitados pela publicidade a resolvê-los com a automedicação. Importa sublinhar o grande número de medicamentos em venda livre e o estímulo irresponsável ao seu consumo, que lhes atribui efeitos próximos aos da magia, tornando-os propiciadores de dependência psicológica.

As informações e análises apresentadas neste item, visam rastrear os componentes da saúde na velhice até chegar à problemática da ingestão das drogas medicamentosas. O envelhecimento biológico faz parte do processo de adaptação do organismo; e uma série de normas, valores e ideais humanos socialmente construídas e relacionados à situação social, ao modo de vida e às condições culturais podem acelerar ou retardar o processo. Intervenções farmacológicas não podem evitar o envelhecimento.

Hoje em dia, os medicamentos ainda são vistos como o principal instrumento terapêutico para tratar a maior parte dos problemas de saúde dos idosos. Assim sendo, no próximo item, faço considerações em que se inclui a questão ético-moral no

consumo de medicamentos que envolvem a complexa relação entre profissionais da saúde e usuários idosos. O complexo e o contexto, citados por Morin & Kern, incluem-se novamente próximo tema, onde a pouca eficiência dos serviços é mencionada na qualidade de um convite para a automedicação.

1.5 O medicamento intermediando relações

Minha atuação como psicóloga junto a idosos despertou a necessidade de recorrer a outras áreas do conhecimento, não só, para apreender a complexidade do processo de promoção de saúde para a velhice como para buscar alternativas críticas. Os questionamentos sobre o uso de medicamentos junto a idosos, surgidos dessa vivência profissional, encontram-se aqui explicitados. Procuo entendê-los a partir de uma perspectiva multidisciplinar. A relação entre escolhas pessoais, prevenção e intervenção pública está associada a medidas de promoção da saúde, que não são de domínio exclusivo de uma única área do saber.

Neste item, procuro refletir sobre o medicamento: até que ponto ele representa efetivamente uma evolução no sentido da melhora da saúde e da qualidade de vida do idoso, ou simplesmente implica o recurso constante à medicalização. O pano de fundo dessa discussão é o envelhecimento.

A reflexão crítica sobre o emprego dos medicamentos pode contribuir tanto para uma escuta privilegiada da solicitação do usuário idoso como para uma atuação consciente (com sentido é claro) para prestadores de serviços a esse segmento. A proposta é educarmo-nos para o convívio com o envelhecimento, em tempos modernos:

“Como o ‘moderno’ é sempre uma referência temporal, impõe-se que cada época se pergunte sobre o próprio tempo.” (Leite, 1997, p. 63)

Assim sendo, não é novidade que a valorização da atuação, da ação e da tomada de decisões se contraponha a quem é lento e necessita de mais tempo para se pôr em movimento nos tempos atuais. Passa a haver menos espaço para se ficar quieto e ensimesmado, características que constituem, sérias ameaças à inserção social e produtiva do indivíduo. Segundo Scliar:

“Esse modelo do adolescente cheio de energia, com vontade de unir-se indissolavelmente a um grupo, rápido no gatilho, encanta a sociedade contemporânea. No passado, a figura que servia de modelo era o velho experiente. Isso terminou porque a sabedoria foi substituída pela informação mastigada.” (Scliar, 1997, p. 6)

Não se trata de uma leitura pessimista que valoriza tão-somente as práticas passadas, mas de um convite a olhar para as relações interpessoais e a vida interior presentes na rede em que a velhice é tecida. Na sociedade contemporânea, os indivíduos são estimulados a mover-se, a fazer coisas, a tomar decisões, a agir; quem fica sozinho, isolado, é visto com suspeitas. A medicação pode ser utilizada como maquiagem para os ritmos que se desaceleram.

Características próprias do processo de envelhecimento passam a ser combatidas como estorvos à modernidade, como uma ameaça à capacidade produtiva do indivíduo. Buscar as contradições no emprego da medicação é algo que não visa negar suas contribuições para o cotidiano do ser humano, e sim enfrentar as atuais tendências de homogeneização da velhice, padronizando comportamentos, gostos e demandas orgânicas.

A difusão dessa imagem pela mídia, revistas científicas, encontros, congressos internacionais, cursos, conferências etc parece ancorar um novo paradigma e um novo consenso sobre as bases do envelhecimento. Apoiada em pesquisas científicas, a explicação biológica do fenômeno do envelhecimento ganha repercussões cada vez maiores, sendo uma fonte constante - e pretensamente mais confiável - de elucidação. A questão que se coloca é o risco de redução desse fenômeno à biologia, afastando-a de outras saberes - psicológico, antropológico, existencial, social, filosófico etc - na pretensão de abranger inteiramente esse campo do conhecimento.

A contextualização de um conhecimento é condição essencial para a sua eficácia e um caminho para rever a setorização dos saberes. Morin & Kern nos alertam para os riscos apenas do conhecimento especializado:

“A especialização abstrai, ou seja, extrai um objecto de um determinado campo, rejeita os seus laços e intercomunicações com o respectivo meio e insere-o num sector conceptual abstracto que é o da disciplina compartimentada, cujas fronteiras quebram arbitrariamente a sistemicidade (a relação de uma parte com o todo) e a multidimensionalidade dos fenómenos [...]” (Morin & Kern, s. d., p. 131)

Na produção do conhecimento, a compreensão do conjunto em cada caso particular, por mais que seja difícil, é um exercício necessário à compreensão dos fenômenos. Para o conhecimento não se tornar estanque é preciso não só ter acesso a ele, mas articulá-lo e organizá-lo. Morin & Kern, denominam esse processo de reforma do pensamento, e apontam para o movimento necessário à sua consecução:

“Esta reforma, que comporta o desenvolvimento da contextualização do conhecimento, pede *ipso facto*, a complexificação do conhecimento.” (Morin & Kern, s.d., p. 132)

Aqui, apreendo a contribuição dos enfoques médico e psicológico, assim como as limitações de concepções setorializadas, para aproximar-me do que significa uma visão complexa, que capte as inter-retro-ações e a causalidade em espiral, sugeridas por Morin & Kern na temática da medicação na velhice. Dessa maneira questionam-se a independência e soberania das disciplinas acadêmicas, buscando superar a organização hierarquizante, do que é cultura, psique, sociedade e organismo. Concordo com o antropólogo Geertz, que afirma:

“De acordo com essa concepção, o homem é um composto de 'níveis', cada um deles superposto aos inferiores e reforçando os que estão imediatamente acima deles. À medida que se analisa o homem, retira-se camada após camada, sendo cada uma dessas camadas completa e irredutível em si mesma, e revelando uma outra espécie de camada muito diferente embaixo dela. Retiram-se as variadas formas de cultura e se encontram as regularidades estruturais e funcionais da organização social. Descascam-se estas, por sua vez, e se encontram debaixo os fatores psicológicos - 'as necessidades básicas' ou o-que-teMvocê - que as suportam e as tornam possíveis. Retiraram-se os fatores psicológicos e surgem então os fundamentos biológicos - anatômicos, fisiológicos, neurológicos - de todo o edifício da vida humana.” (Geertz, 1973, p. 49)

A discussão proposta é de âmbito ético: haveria necessidade de se sobrepor a eliminação dos sintomas, em detrimento da pesquisa da origem do sofrimento, vedando o estudo das relações entre subjetividade, sintoma e proposta de cura?

Fritjof Capra analisa a influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico, resultando no chamado modelo biomédico:

“Sua rigorosa divisão entre corpo e mente levou os médicos a se concentrarem na máquina corporal e a negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença.” (Capra, 1982, p. 119)

A comparação simplista do corpo humano a uma máquina, cujo desarranjo de um determinado mecanismo conduz ao seu mau funcionamento, é questionada com a introdução da noção de Pasteur sobre a influência dos meios interno e externo nos organismos vivos:

“O fundador da microbiologia possuía uma visão de doença suficientemente ampla para antever intuitivamente abordagens corpo-mente da terapia que só recentemente foram desenvolvidas e ainda são alvo de suspeitas por parte dos círculos institucionais médicos.” (Capra, 1982, p. 122)

Sabe-se que substâncias químicas introduzidas no corpo, agindo biologicamente, podem melhorar, piorar, ou tão só modificar estados físicos e psíquicos, tendo contribuído para a expressiva sobrevida dos indivíduos na modernidade. Essa aquisição indiscutível não deve impedir a reflexão sobre os limites de eficácia dos tratamentos, os distúrbios subjacentes e o contexto no qual seu uso deve se situar:

“Pensar no campo onde o orgânico e o psicológico se reúnam, tecendo uma trama, é ajudar a romper os feudos científicos.” (Rosenberg, 1997, p. 82)

A questão que se coloca é como não desautorizar a colaboração das disciplinas filiadas às ciências humanas na compreensão do fenômeno do envelhecimento. Ao apresentar a alternativa química como sendo capaz de responder às mesmas questões e problemáticas dessas áreas do conhecimento, com maior rapidez, eficiência e garantia, arriscamo-nos a empobrecer a capacidade de reflexão. No levantamento dessas questões existem elementos que nos conduzem à discussão do papel da ciência e ao conhecimento das estruturas sócio-culturais.

É falso acreditar que a concepção biologizante está presente somente na área médica. No sentido crítico da constituição histórica do campo de conhecimento psicológico e de suas práticas, identificamos relações estreitas ora com as ciências físicas e biológicas, ora com as ciências sociais, ora com as especulações filosóficas:

“Ainda hoje, após mais de cem anos de esforços para se criar uma psicologia científica, os estudos psicológicos mantêm relações estreitas com muitas ciências biológicas e com muitas ciências sociais. Isto parece ser bom e, na verdade, indispensável! Mas várias vezes é mais fácil, por exemplo, um psicólogo experimentalista que trabalha em laboratórios com animais, tais como o rato e o pombo, entender-se com um biólogo do que com um psicólogo social que estuda o homem em sociedade. Este, por sua vez, poderá ter diálogo mais fácil com antropólogos e lingüistas do que com muitos psicólogos que foram seus colegas na faculdade e que hoje se dedicam à clínica psicoterápica. E, quando o psicólogo se põe a estudar temas como pensamento e solução de problemas, ele inevitavelmente se aproxima da filosofia e, em particular, da teoria do conhecimento.” (Figueiredo & Santi, 1997, pp.15-6)

A partir das transformações históricas, o homem foi lançado à condição de desamparo, dando surgimento à experiência da subjetividade privatizada. Os mesmos autores desenvolvem essa idéia em seguida:

“A perda de referências coletivas, como a religião, a 'raça', o 'povo', a família, ou uma lei confiável obriga o homem a construir referências internas.” (Figueiredo & Santi, 1997, p. 20)

No estudo do surgimento da valorização da concepção de individualidade única reside a possibilidade de resgatar as bases das reações racionalista e empirista, surgidas na psicologia:

“Vemos, assim, que tanto na Ideologia Liberal como no Romantismo se expressam os problemas da experiência subjetiva privatizada: segundo a Ideologia Liberal, todos são iguais, mas têm interesses próprios (individuais); segundo o Romantismo, cada um é diferente, mas sente saudade do tempo em que todos viviam comunitariamente e espera pelo retorno desse tempo.” (Figueiredo & Santi, 1997, p. 45)

A experiência da subjetividade privatizada foi uma das condições para a emergência dos projetos de psicologia científica. A outra, foi a crise desencadeada com a contestação das aparências.

“Quando os homens passam pelas experiências de uma subjetividade privatizada e ao mesmo tempo percebem que não são tão livres quanto imaginam, ficam perplexos. Põem-se a pensar acerca das causas e do significado de tudo que fazem, sentem e pensam sobre eles mesmos.” (Figueiredo & Santi, 1997, pp. 48-9)

Paralelamente, o Estado passou a ter necessidade de recorrer a práticas de previsão e controle, a fim de colocar os sujeitos individuais a serviço da ordem social. Lançam-se, assim, as condições para a construção da psicologia como área específica de pesquisa e conhecimento:

“É assim que no final do século XIX estão dadas as condições para a elaboração dos projetos de psicologia como ciência independente e para as tentativas de definição do papel do psicólogo como profissional nas áreas de saúde, educação e trabalho.” (Figueiredo & Santi, 1997, p. 50)

Diante deste breve quadro é que:

“Os estudos psicológicos científicos começaram e se desenvolveram sempre marcados por essa contradição: por um lado, a ciência moderna pressupõe sujeitos livres e diferenciados - senhores de fato e de direito da natureza -; por outro, procura conhecer e dominar essa própria subjetividade, reduzir ou mesmo eliminar as diferenças individuais, de forma a garantir a 'objetividade', ou seja, a validade intersubjetiva dos achados.” (Figueiredo & Santi, 1997, p. 56)

Gostaria de chamar a atenção para o desenvolvimento deste enfoque dentro da psicologia, ou seja, a visão biologizante também está presente na minha área de formação básica. A psicologia busca ir além da experiência imediata, aproximando-se ora da biologia, ora da sociologia, no processo de entender a experiência da subjetividade

privatizada. As diferentes linhas de pensamento retratam o esforço de uma psicologia científica que procura a compreensão do que sejam os fenômenos “psicológicos”. Como vimos acima, o intercâmbio entre as ciências permitiu o desenvolvimento de uma psicologia crítica e questionadora da ilusão de liberdade e singularidade dos indivíduos.

O discurso científico está impregnado da ordem social vigente, pelo que adotar uma única explicação implica fixar prioridades na administração do tratamento, na aplicação das verbas destinadas à pesquisa e nas ações públicas.

À medida que a explicação médica enfatiza a ordem dos sintomas, apenas por laços de temporalidade, simultaneidade ou sucessão orgânica, fica-se privado de uma outra lógica. O fenômeno do envelhecimento, concebido numa dimensão estritamente biológica, torna a causalidade acessível somente aos especialistas dessas ciências, encaminhando para o enfoque do envelhecimento como um distúrbio orgânico, tratável tão-somente do ponto de vista farmacológico. Do sectarismo decorre a onipotência profissional e as tentativas totalitárias de controle do comportamento humano, que passam a se refletir na postura dos prestadores de serviços e no tratamento proposto aos fenômenos da velhice. A comunicação fica truncada: o diálogo dá lugar a exames. A participação da subjetividade do paciente fica relegada a segundo plano na descrição operacional do quadro.

No meu entender, e apoiada em observações exercidas na prática profissional, a autoprescrição parece ser a resposta individual à competição que se trava entre os saberes. Fernando Lefèvre analisa a complexidade engendrada entre o fluxo de informações sobre seu corpo e a preservação da integridade enquanto pessoa:

“[...] esta extrema dependência do 'outro' e da ciência-tecnologia é dificilmente suportável; por isso, o indivíduo 'reage', através da automedicação ou, mais genericamente, pela apropriação indébita de instrumentos e processos técnicos, dos quais faz um uso leigo, numa tentativa desesperada e irracional de recuperar o controle e a gerência do funcionamento cotidiano de seu corpo. A sociedade de consumo é ambígua em relação a isso, pois ao mesmo tempo que insufla este comportamento, porque se trata de comportamento consumista, o reprime, porque se trata de comportamento de risco.” (Lefèvre, 1995, p. 153)

A automedicação como um sinal de autocuidado é defendida por Amílcar G. Gigante, em *O que é remédio*.

“Sou a favor da automedicação. Esta afirmativa é polêmica. Deliberadamente eu a faço. Sou a favor do autocuidado, isto é, de que as pessoas sejam ensinadas a dar atenção a seus padecimentos corriqueiros, menores. Há muitas razões para ser a favor disto. Em decorrência, é impossível ser contra a automedicação.” (Gigante, 1988, p. 60)

Em consequência da posição biologizante, as disciplinas filiadas às ciências humanas são questionadas quanto à legitimidade de um saber que possa contribuir para o campo clínico. É como se o desenvolvimento de um saber implicasse a negação de outras disciplinas, tratando de ocupar o mesmo campo e respondendo às mesmas questões e problemáticas.

Detenhamo-nos por um momento nos desdobramentos dessa questão. O diagnóstico torna-se imprescindível para a utilização dos fármacos, sendo priorizados sintomas presentes por determinado tempo. Em outras palavras, um sistema de classificação será tanto mais valorizado quanto maior for a coincidência dos diagnósticos atribuídos a um mesmo caso clínico por diferentes observadores.

A precisão desses agrupamentos, por sua vez, será obtida a partir da ocorrência estatística dos fenômenos: é a busca por detectar um comportamento padrão em detrimento das diferenças individuais. Neste caso, também não há sintomas fundamentais ou acessórios, já que há necessidade de priorizar a inclusão em determinado quadro clínico. Tal conceito de saúde, impregnado na visão biomédica, pode ofuscar as peculiaridades orgânicas do idoso e as contradições que são estabelecidas com o uso do medicamento.

Retomando Morin & Kern, podemos elucidar a necessidade do que eles denominam um pensamento planetário, a fim de atentar para o contexto e o complexo:

“O pensamento do complexo planetário remete-nos incessantemente da parte para o todo e do todo para a parte.” (Morin & Kern, s. d., p. 139)

Ariel Bogochvol, fazendo a crítica da evolução das neurociências e sua repercussão no campo psiquiátrico, alerta:

“A razão estatística seria uma espécie de razão ingênua, impressionável pelos efluxos estatísticos que, por sua vez, seriam manifestações puras da realidade, os dados não contaminados por teorias ou distorções. É como se o sintoma, apreendido a partir de métodos matemáticos-estatísticos, representasse a realidade primeira emanada da alteração fisiopatológica, clara em sua transparência.” (Bogochvol, 1997, p. 15)

A importância da discussão dos transtornos psíquicos está diretamente ligada às colocações iniciais deste capítulo: as alterações no ritmo do velho, sendo incompatíveis com a estrutura social atual, podem ser vistas como distúrbios do humor ou do afeto. Bogochvol indica o risco de empobrecimento da análise clínica ao priorizar a

quantificação à revelia da lógica que organiza ou da estrutura que articula os transtornos de humor ou afetivos. A medicação interferiria, normalizando e impedindo o agravamento do quadro. Mas como apreender as relações globais existentes, resgatando a subjetividade do idoso na investigação dos fatores implicados nesses quadros? Profissionais da psicologia, que optam pela postura de aconselhamento e terapia de auto-ajuda, alimentam a experiência imediata da subjetividade individualizada, aproximando-se das observações feitas neste capítulo em relação à postura biologizante na medicina.

Procura-se captar o encadeamento dos fenômenos da velhice que culminam na exteriorização física, adquirindo sentidos diferentes para cada indivíduo idoso. Não se trata de negar a importância do conhecimento médico, mas de compor novas estruturas de pensamento que também possam reconhecer as individualidades.

A partir das considerações teóricas de Ariel Bogochvol, entendo que o processo de envelhecimento não é tratado como independente do mundo humano em que se insere; não há como minimizar a possibilidade das relações globais existentes. A trama das representações, afetos e recordações, registradas na subjetividade, fica sem campo de expressão, desresponsabilizando o paciente pelo seu quadro global, retirando suas possibilidades de intervir nos encaminhamentos possíveis. A inserção em um universo simbólico, suporte para a passagem da natureza para a cultura, realizada por todo o sujeito em sua hominização, fica vedada para os dois lados: o do assistente e o do assistido (profissionais e idosos). Nesse âmbito de análise, nega-se o registro de expressões individuais das alterações físicas, assim como a procura por saídas criativas particulares que poderiam melhor atender o idoso com dado quadro clínico definido; perde-se a oportunidade de captar a singularidade do paciente na expressão dos reflexos das condições específicas do ambiente onde está inserido, assim como a lacuna emocional que o medicamento pode estar preenchendo.

Bogochvol enfatiza a constituição da vida humana marcada pelos símbolos e pelos simbólicos:

“Seu corpo, à medida que é um corpo submetido aos intercâmbios sociais, estará, em sua constituição biológica, perpassado, atravessado, marcado. O corpo humano é um corpo erógeno.” (Bogochvol, 1997, p. 20)

A humanização do homem se dá através da linguagem, condição para a simbolização: a palavra sensata que expressa e a escuta eficaz, que ajuda a decifrar,

permitem a compreensão das imagens suscitadas pelas necessidades aparentemente exclusivas do campo físico.

A explicação orgânica, essa aparentemente “nova” modalidade de compreensão do homem, revela uma posição frente à teoria do conhecimento: prioriza uma visão de mundo reducionista e implica uma nomenclatura setorizada.

Assim, um ideal de comunicação que diminua as ambigüidades no campo do diagnóstico contribui para encarar, as divergências ou diferentes explicações para o mesmo fenômeno como obstáculo à precisão científica. A busca por uma classificação operacional ideal nos remete a bases objetivas e ateóricas; em outras palavras, os critérios de validação serão empírico-experimentais. A ênfase está localizada nos sintomas, e não nas causas geradoras dos transtornos, limitando o estudo da compreensão das diferentes influências das substâncias nos quadros clínicos.

Voltamos a reafirmar: o avanço clínico sem dúvida é incontestável, a questão é resgatar a discussão das relações mente-corpo. Na construção cultural da nossa época, algumas questões colocam-se, relativas à função do medicamento na velhice, entre um sujeito em situação de demanda e um profissional e/ou medicação que deve curar:

- Quais os efeitos subjetivos concretos em um idoso que teve seu sofrimento alterado pela introdução de um fármaco?
- Qual o papel do efeito “placebo”, encontrado no manejo clínico das drogas?
- Como abordar o uso das drogas lícitas como incremento das ilícitas, através da automedicação, na velhice?
- Como levar em conta a dimensão subjetiva e única de cada ser humano sem negar a solicitação de resultados generalistas?

No campo das relações paciente-médico, há que se atentar para as interferências da ênfase explicativa dada por ocasião da orientação que acompanha a prescrição do medicamento. Receber um medicamento acompanhado da explicação de que determinado sofrimento tem raízes estritamente orgânicas é diferente de uma orientação que releva a emergência do sintoma naquele momento da existência do paciente. Escutar a pessoa e o seu sintoma implica que assistente e assistido buscam entender aquilo que se manifesta.

A possibilidade de uma investigação multidisciplinar fica excluída na primeira forma de orientação, fechando o debate, não instigando a reflexão num esforço conjunto para rever o discurso da relação médico-paciente. No autor abordado acima, podemos

constatar que o tratamento de um sintoma é apenas um elemento inserido em uma ajuda mais global. Édouard Zarifian pontua as ligações dos medicamentos com quem os prescreve, assim como a receptividade do paciente e as influências sociais:

“Outros ainda estão ligados ao próprio paciente e a seu ambiente, seja na observância da prescrição ou na das representações que o medicamento prescrito gera no doente e nos que o rodeiam.” (Zarifian, 1997, p. 37)

A complexidade gerada entre a manifestação do sintoma e a administração do medicamento aparece nas simbologias referentes ao tema, tanto na fala dos profissionais como na dos usuários. A psicanálise, com Freud, ao lidar com o sofrimento de pacientes cujas lesões orgânicas não eram identificadas, atravessa a distinção mente e corpo, e formula a concepção das formações do inconsciente:

“O termo *sintoma* talvez possa ser utilizado genericamente para todos estes produtos, na medida em que ele expressa a idéia de que o sentido daquilo que se trata está oculto: dizer que algo é sintoma é dizer que seu sentido não reside em si, mas que ele representa outra coisa, está invisível diretamente”. (Figueiredo & Santi, 1997, p. 81 grifo meu)

Ao escutar os pacientes e descobrir junto com eles que existem significados ocultos que eles próprios desconhecem, constata-se a importância da vivência, mas ao mesmo tempo é-se impelido a procurar uma compreensão mais profunda da experiência imediata.

O medicamento é um produto industrial submetido às lógicas comerciais, de modo que a demanda social criada induz ao seu consumo. Os efeitos esperados e/ou apregoados podem enfatizar os benefícios, ou malefícios, produzindo posturas distintas: quem se trata só com medicamentos e quem nunca os utiliza. Cabe lembrar que essa crítica não se dirige a uma única área profissional, mas a posturas explicativas maniqueístas encontradas em todas as áreas.

A tolerância - boa ou má - aos medicamentos inscreve-se em um domínio eminentemente subjetivo, no qual as frustrações da existência e o bem-estar correspondem a critérios sociais e culturais. Três dimensões estão associadas às expressões do comportamento humano:

- A biológica: as características genéticas predis põem os indivíduos a determinadas vulnerabilidades;
- A psíquica: diz respeito ao sentido que o sujeito dá aos seus sintomas;

- Ao ambiente: interação contínua do indivíduo com o seu contexto.

O envolvimento de diversos indivíduos na análise do sintoma permite estabelecer estratégias de tratamento a partir de análise prévia do caso clínico, das características subjetivas do usuário e das condições ambientais em que ele está inserido. O campo da pesquisa muito poderia se beneficiar dessa postura multidisciplinar, cujo objetivo seria não o de visar explicações exaustivas, mas selecionar os melhores encaminhamentos e hipóteses para certo sujeito, em uma ocasião específica.

Na verdade, quando se procuram alternativas para um sofrimento, se colocam as ciências no mesmo patamar, buscamos aproximar a causa do problema: a ação sobre um plano pode curar um distúrbio cuja origem se situa no outro. Um modo de tratamento em detrimento de outro implica o abandono de resistências de ordem ética e a crença da complementaridade das abordagens.

A interação das abordagens pode permitir o desenvolvimento do estudo dos determinismos: como uma transformação em um plano se expressa na transformação de outro. Hierarquizar as orientações passa a fazer parte da interação entre diversos determinantes.

Neste debate, o cenário conveniente é uma intenção informada e refletida que leva em consideração os progressos da farmacologia, as mudanças nas representações coletivas e os benefícios sobre os sujeitos e seus desejos. Não se trata de alcançar um referencial hegemônico do conhecimento, mas de possibilitar a entrada de novos agentes de questionamento nas várias concepções, remetendo a uma prática em que a relação humana está centrada no sofrimento de quem é atendido.

Maurício Silveira Garrote aponta o que seria o oposto de um atendimento em uma estrutura rígida, buscando a construção interdisciplinar apoiada numa proposta ética para o tratamento:

“Fica patente hoje que o lugar do clínico junto à práxis do atendimento não é mais o lugar de onde é ditado qual o modelo teórico a seguir, mas um lugar de novas elaborações sobre a concepção de homem e de mundo que está subjacente a determinado tratamento, e qual a relação-adequação dessa concepção ao caso singular daquele que está sendo atendido. Em outras palavras, um lugar de construção de novas éticas que parametrem a organização dos esquemas terapêuticos dirigidos à situação clínica particular da qual se fala, e do(s) sujeito(s) implicado(s) nela.” (Garrote, 1997, p. 56)

Neste trabalho, a utilização do termo *sofrimento* em substituição ao termo *doença* faz parte de uma proposta ética apoiada numa perspectiva interdisciplinar elaborada a partir das necessidades concretas surgidas no tratamento do sujeito que procura atendimento.

Priorizar a linguagem é cultivar o diálogo, buscando transcender a irreversibilidade dos limites orgânicos e reconhecer os processos imaginários complexos nos múltiplos intercâmbios presentes. É também a ferramenta básica para quem procura a comunicação entre as ciências.

Nesse sentido, devemos atentar para as repercussões internas e externas das características clínicas do idoso. O corpo do velho configura uma comunicação entre o interior e o exterior: os sintomas anunciam algo que está acontecendo para a consciência do indivíduo, mobilizando cuidados sociais. Conhecer o corpo implica compreendê-lo como suporte ou condição para o exercício das funções sociais. Neste caso, o desempenho ou não desempenho alerta para o funcionamento do que Lefèvre chama “corpo-máquina”. O velho envolvido num mundo onde o que vale é a produção, sem acesso às sutilezas da biologia, facilmente relaciona seu corpo que não apresenta a performance jovem com uma máquina que não funciona bem.

Vera Lucia Gonçalves Beres, em sua Dissertação de Mestrado, confirma as explicações dadas à vivência de saúde na velhice, buscando apreender as múltiplas ressonâncias da saúde para um grupo de mulheres idosas em atendimento em posto público, interpreta os possíveis significados presentes em suas falas:

“Tudo indica que a saúde para estas mulheres não é uma conquista. Ela é medida por parâmetros externos, como ter atividade física, ter disposição, ter convivência com outras pessoas, não ter dor, ter apoio dos filhos e da família. Mas, em última análise, é uma bênção de Deus.” (Beres, 1994, p. 61)

Mais adiante a pesquisadora detalha o que essas idosas entendem por saúde:

[...] Ter atividade, ter disposição, ter convivência com outras pessoas, ter carinho/atenção da família, alimentar-se adequadamente, dormir o suficiente, tomar remédio se necessário, ter boa pressão, viver com a família, dinheiro, contribuir, poder ajudar os outros, ter um problema, ir logo ao médico, poder ter consulta médica, ter onde morar.” (Beres, 1994, p. 64)

A redução do organismo à máquina representa, num primeiro momento, uma estratégia de contorno da angústia, funcionando como uma explicação que não leva a questionar as funções. No entanto, essa máquina revela-se precária, já que o corpo

desgastado aos olhos dos outros necessariamente não se sente mal, apesar de alterações afetarem significativamente o seu ritmo. A sub-utilização não significa não-saúde, mas indica uma representação social que apregoa uma lógica de bom funcionamento, seguindo padrões externos, ligados à capacidade de desempenho.

Lefèvre chama a atenção para o modelo de saúde cientificamente apregoadado, opondo-o à possibilidade de o indivíduo lidar com seu organismo-máquina:

“Deste modo, atualmente, no que diz respeito aos modos socialmente recomendáveis (para a população consumidora) de vivenciar a saúde e a doença, estar ou não estar bem revela um modo romântico, inseqüente, poético, difícil e pouco prático de ser; em compensação, estar ou não estar se desempenhando como poderia traduz um comportamento pragmático, realista, responsável e sério, mais compatível com o mundo 'moderno' em que se vive.” (Lefèvre, 1995, p. 158)

É o contraste entre o modelo estabelecido e a maneira como o indivíduo idoso lida com ele que procuraremos aprofundar através das discussões imbricadas na metodologia.

PROCEDIMENTOS DA METODOLOGIA

Neste capítulo, explicito os fundamentos teóricos que sustentam o estudo das interpretações e norteiam os passos da investigação. Descrevo o local da pesquisa e a técnica utilizada para a obtenção dos dados, para em seguida sistematizar a proposta de análise do conteúdo.

2.1 Teoria

A preocupação da sociedade moderna em relação ao envelhecimento muitas vezes é carregada de ambigüidades. A visibilidade pública transformou a velhice num problema social, mas fantasiosamente a mídia a reduziu a uma fatalidade que atinge um grupo pequeno e defensivamente visualizado como minoritário. As difíceis condições de sobrevivência em instituições para idosos, além das denúncias de abandono e maus-tratos, sempre relacionados a alguns poucos desprivilegiados, contribuem para ocultar estrategicamente a velhice mal-sucedida.

A utilização de medicamentos insere-se neste contexto social: curar ou prevenir algo talvez catastrófico, que pode vir “inesperadamente”. Partindo do pressuposto de que as explicações e descrições do mundo são construções culturalmente determinadas, adotar o estudo das representações é interpretar esse sintoma sócio-cultural. Anteriormente, nesta mesma tese, abordamos a necessidade de pesquisar as imagens sociais contemporâneas da velhice, a fim de captar como a medicação pretensamente atende o desejo das idealizações desse momento da vida.

O trabalho de análise buscou a simultaneidade das interpretações. Os medicamentos são produtos e, ao mesmo tempo, produtores de relações sociais. Como as imagens sociais contemporâneas da velhice estão articuladas com os medicamentos, pesquisou-se três grupos em torno do produto medicamentoso: quem prescreve, quem consome e os profissionais que, trabalhando com o segmento idoso, não podem prescrever o medicamento.

O objetivo disso é conhecer o idoso por meio do seu discurso, dos seus códigos culturais, assim como pela prática dos médicos e profissionais da saúde prestadores de serviços a essa faixa etária. Ouvir esses profissionais é tentar compreender quais as

expectativas em relação à saúde na velhice e qual a ressonância dos desejos dos idosos junto a esses profissionais.

Com a investigação, intentou-se explicitar as representações em torno do conceito de saúde relativa ao idoso na utilização de medicamentos, aspecto já tratado anteriormente. Penetrar nesse estudo significou uma aproximação do usuário, bem como dos profissionais direta e indiretamente envolvidos na prescrição desses medicamentos, através das suas representações.

Na tentativa de captar o código compartilhado, adotei inicialmente o conceito de representações, a partir da análise de discursos específicos, dos quais procuro apreender a lógica subjacente que possibilita a ação no cotidiano, sustentando identidades grupais e institucionalizando práticas sociais.

Na área da saúde, o conceito de representação vem sendo aplicado em estudos que tratam do binômio saúde-doença. A perspectiva que explora a interface entre o saber popular e o saber oficial permite: a busca do significado da doença numa interpretação coletiva complexa e em movimento; evidenciar as complexas relações entre o biológico e o social; e explorar a interface entre o senso comum e o pensamento científico.

A análise das representações

“[...] não tem por objetivo formular leis causais; a doença é vista como um fenômeno psicossocial, historicamente construído, e, como tal, é, sobretudo, um indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade.” (Spink, 1992, p.134)

A representação social é uma contribuição no sentido de esclarecer o significado compartilhado. A tentativa de precisar o que é compartilhado pode conduzir à cristalização, sem que se capte o individual na expressão do cultural e forçando assim, categorias gerais até que a diversidade se perca.

Spink analisa as indefinições conceituais da vertente crítica que buscava subverter conceitos hegemônicos comprometidos com a psicologia social norte-americana, atentando para os riscos da ênfase no compartilhamento:

“Acabamos convencidos pelo argumento de Rom Harré de que as representações sociais incorporam o social numa perspectiva 'distributiva', que acaba por criar uma circularidade: o grupo é definido pelo compartilhamento que por sua vez é critério do que vem a ser uma representação social. Obviamente, a ênfase no compartilhamento acaba exacerbando o consenso e mascarando a diversidade e a contradição.” (Spink, 1996, p. 179)

A busca pelo compartilhamento obscurece a natureza polissêmica dos aspectos simbólicos da vida social.

A partir da análise das entrevistas, foi necessário lançar mão de outros elementos teóricos, já que o referencial das representações sociais, nessa perspectiva, não dava conta de captar a riqueza dos dados dos depoentes.

O referencial teórico desenvolvido pelo antropólogo Clifford Geertz permite a aproximação do objeto deste estudo não como explicações definitivas, mas como mais uma interpretação possível entre outras que poderão surgir. A idéia não é captar a única verdade, e sim propiciar mais uma leitura para o fenômeno aqui estudado. No discurso dos depoentes, busquei captar interpretações simbólicas como forma de analisar o que não se entende, negando a naturalização das explicações aparentes e buscando as explicações interpretativas dadas pelos mesmos.

Geertz, ao definir cultura aponta que ela

“[...] denota um padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas e expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida.” (Geertz, 1973, p. 103)

A partir da discussão de Geertz, em que se propõe uma interpretação da cultura microscópica, incompleta e profunda, tem-se a não-cristalização. Em outros termos, a incompletude chama a atenção para a dinâmica cultural, movimento dos significados simbólicos que impede a cristalização da cultura, que é desarticulada do compartilhamento de símbolos. Essa segunda análise das representações que Spink e eu já apontamos, incide sobre significados homogêneos, e não sobre a pluralidade e a diversidade nas quais se constroem os contextos do medicamento, da velhice e da saúde. Pelo contrário: este trabalho busca os contextos heterogêneos e as contra-generalizações que aparecem nos discursos das entrevistas.

Partimos, portanto, do pressuposto de que o homem necessita de padrões culturais para regulá-lo, de que não existe natureza humana independente da cultura - ou seja: completamo-nos através de formas altamente particulares de cultura. O estudo desta é o estudo dos sistemas simbólicos:

“Não dirigido por padrões culturais - sistemas organizados de símbolos significantes - o comportamento do homem seria virtualmente ingovernável, um simples caos de atos sem sentido e de explosões emocionais, e sua experiência não teria praticamente qualquer forma. A cultura, a totalidade acumulada de tais padrões, não é apenas um

ornamento da existência humana, mas uma condição essencial para ela - a principal base de sua especificidade." (Geertz, 1973, p. 58)

O mesmo autor, a respeito desse comportamento plástico do ser humano, afirma:

"[...] o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado. É justamente uma explicação que eu procuro, ao construir expressões sociais enigmáticas na sua superfície." (Geertz, 1973, p. 15)

A cultura aqui tratada busca um diálogo com aquilo que parece estranho:

"Resumindo, precisamos procurar relações sistemáticas entre fenômenos diversos, não identidades substantivas entre fenômenos similares. E para consegui-lo com bom resultado precisamos substituir a concepção 'estratigráfica' das relações entre os vários aspectos da existência humana por uma sintética, isto é, na qual os fatores biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais possam ser tratados como variáveis dentro dos sistemas unitários de análise. O estabelecimento de uma linguagem comum nas ciências sociais não é assunto de mera coordenação de terminologias ou, o que é pior ainda, de cunhar novas terminologias artificiais. Também não é o caso de impor um único conjunto de categorias sobre a área como um todo. É uma questão de integrar diferentes tipos de teorias e conceitos de tal forma que se possa formular proposições significativas incorporando descobertas que hoje estão separadas em áreas estanques de estudo." (Geertz, 1973, p. 56)

A cultura é um ingrediente, e não um suplemento do pensamento. O conceito de cultura implica a aceitação do pressuposto de que não existem homens não modificados pelos costumes de lugares particulares: Geertz denomina os homens de "artefatos culturais". Em oposição à perspectiva generalista, em que a individualidade é secundária, na perspectiva culturalista o homem deve ser definido pelos elos entre as suas habilidades inatas e o seu comportamento real, em constante mutação.

"Entre o que o nosso corpo nos diz e o que devemos saber a fim de funcionar, há um vácuo que nós mesmos devemos preencher, e nós o preenchemos com a informação (ou desinformação) fornecida pela nossa cultura." (Geertz, 1973, p. 62)

O pensamento reflexivo pretende transformar aquilo que é obscuro numa situação clara; trata-se de uma busca de informação. Todavia, a suscetibilidade emocional intrínseca ao homem interfere no processo de pensamento, determinando a maneira como uma pessoa encara seu mundo circundante. Assim sendo, para Geertz, no homem, as emoções fazem parte dos artefatos culturais. A preocupação de esclarecer os significados que não são transparentes no discurso envolve necessariamente os

sentimentos. Quando penetramos nas análises das entrevistas, aprofundamos significados, incorporando explicações adquiridas através dos sentimentos.

O estudo dos elementos simbólicos voltou-se para o entrelaçamento das referências pessoais e culturais na elaboração da experiência do medicamento na velhice. A articulação cultural do medicamento no contexto da velhice possibilita uma visão complementar aos estudos epidemiológicos. Acho importante destacar esta relação, já que a complexidade deste estudo exige interpretar o uso do medicamento pelos idosos e como isto se articula com a perspectiva epidemiológica. Esta visão decorre da perspectiva teórico-metodológica adotada nesta perspectiva: captar a complexidade exige uma visão múltipla do tema.

A perspectiva do homem como animal simbolizante é uma estratégia para definir situações incompreensíveis: os símbolos são os mediadores dos significados e, por sua vez, os significados são expressos através dos símbolos, dando sentido ao real. Os elementos simbólicos são fontes de informações sobre os padrões culturais presentes nos processos sociais e psicológicos do comportamento público. Trata-se de apreender, formular e comunicar realidades sociais através das metáforas, continuamente realocadas, que podem mediar significados mais complexos do que sugere a leitura literal. Para esclarecer o sentido construído recorro à metáfora, buscando apreender o processo e atentando para as diferenças que sinalizam a dinâmica das construções sociais.

O estudo das interpretações força a reconstituição de uma multiplicidade de conexões referenciais entre os símbolos e a realidade social. Na interpretação metafórica, a analogia é estabelecida entre um vocabulário e várias coisas: ela se torna uma extravagância ou uma falsa identificação.

Na nossa sociedade, a doença aparece com um sentido metafórico, como tão bem mostrou Susan Sontag, já citada anteriormente. Agnés Heller & Ferenc Fehér apontam que ultimamente o mesmo acontece com a saúde, através do culto ao corpo jovem e saudável:

“Como la política de la salud exige que desterremos al olvido nuestro sentido de la mortalidad y nos mantengamos continuamente como máquina de trabajo en plena forma, pasa también a formar parte de los significados metafóricos de la salud una extraña versión del sueño secular de la eterna juventud.” (Heller & Fehér, 1995, p. 78)

Os mesmos autores apontam a atmosfera ambígua própria das metáforas, que, ao permitir diferentes conotações dos termos, lançam uma penumbra sobre temas sérios de

domínio público. Nessa linha de pensamento, eles também alertam para o significado metafórico de terminologias que aparentemente referem o envelhecimento de maneira respeitosa:

“El anciano o anciana son 'ciudadanos mayores', un eufemismo cuya función es ocultar el hecho de que uno es como un coche viejo que debe sustituirse pronto, una carga pública, un ser no normativo y desde luego no útil.” (Heller & Fehér, 1995, p. 78)

Este é um estudo interpretativo, onde nos apoiamos em diferentes concepções com a intenção de tornar cientificamente traduzíveis as ocorrências descritas pelos depoentes, mergulhando nos dilemas trazidos nas suas falas.

“Tal visão de como a teoria funciona numa ciência interpretativa sugere que a diferença, relativa em qualquer caso, que surge nas ciências experimentais ou observacionais entre 'descrição' e 'explicação' aqui aparece como sendo, de forma ainda mais relativa, entre 'inscrição' ('descrição densa') e 'especificação' ('diagnose') - entre anotar o significado que as ações sociais particulares têm para os atores cujas ações elas são e afirmar, tão explicitamente quanto nos for possível, o que o conhecimento assim atingido demonstra sobre a sociedade na qual é encontrado e, além disso, sobre a vida social como tal.” (Geertz, 1973, p. 37)

A descrição que segue, busca deixar visível o processo de coleta e interpretação dos dados, abrindo a possibilidade de diálogo entre as descobertas e a interpretação do pesquisador, buscando propiciar a posterior continuidade do debate. Pensar, conceituar, formular, compreender e entender são ações que consistem em combinar os estudos e processos dos modelos simbólicos e verificar como articulam os estados e processos do mundo mais amplo.

A complexidade dos fenômenos humanos requer, para sua compreensão, uma metodologia que dê conta dessa complexidade, sem reproduzir a estratificação das disciplinas acadêmicas.

“Uma vez que a cultura, a psique, a sociedade, o organismo são convertidos em 'níveis' científicos separados, completos e autônomos em si mesmo, é muito difícil reuni-los novamente.” (Geertz, 1973, p. 53)

A partir dessas colocações, considero a pesquisadora como uma tradutora dos símbolos dos depoentes.

2.2 Procedimentos metodológicos da pesquisa

A escolha dos sujeitos priorizou os usuários e profissionais do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, vinculado à Faculdade de Saúde Pública. As instalações atuais do centro datam de 1933. Em sua concepção original, tinha por finalidade promover a formação da consciência sanitária da população, isto é, dar fundamentos de educação sanitária popular, imunizar contra doenças transmissíveis, orientar sobre puericultura, oferecer tratamento aos indivíduos disseminadores de infecção, pesquisar os focos transmissores de doenças na comunidade etc. O Prof. Paula Souza propunha atividades educativas desenvolvidas no próprio centro ou em visitas domiciliares.

No decorrer de sua história, ele se constituiu em um centro de aprendizagem, mantendo atividades de ensino, treinamento e atendimento à população. Hoje em dia o centro de saúde oferece serviços à população idosa na região que abrange o sub-distrito de Pinheiros (Vila Madalena, Vila Beatriz, Parque do Jardim Europa e Jardim América). De seu quadro contam profissionais fixos, comissionados, aprimorandos (profissionais formados, prestadores de serviços, não contratados e com bolsa de estudo) e estagiários. Três grupos integram o Programa de Atenção ao Idoso: Vivência, Vida e Manutenção.

Após fazer o cartão de matrícula no centro de saúde, o idoso é encaminhado para uma entrevista em grupo de quatro pessoas pertencentes ao programa específico. Nessa entrevista, são feitas perguntas genéricas para preenchimento de um formulário e realizado o convite para participar de um dos grupos de terceira idade. Se o convite é aceito, faz-se uma pré-inscrição e uma entrevista mais profunda. Só então o idoso passa a frequentar o grupo Vivência, que a cada ano recebe uma auto-denominação; os entrevistados deste estudo pertenciam ao grupo “Felizidade”. Assim, antes que esse idoso chegue ao grupo, ele tem vários contatos com a assistente social, a oportunidade de criar vínculo com a instituição e de receber encaminhamento para suas demandas individuais. Anualmente, são selecionados quarenta indivíduos com idade mínima de sessenta anos, e com as desistências o grupo fica com 25 participantes em média. Os encontros, acontecem em reuniões semanais, às quintas-feiras, das 9h00 às 10h30.

O grupo Vida foi implantado há dez anos e surgiu com o primeiro grupo de idosos do centro de saúde. Os participantes do primeiro grupo constituído quiseram manter como um grupo permanente, autônomo, “uma associação com fins beneficentes,

filantrópica, com presidente eleito” (*sic*, Coordenadora). Conta com 45 sócios, preponderantemente moradores da região, que se reúnem todas as quintas-feiras, das 14h00 às 15h30. Novas vagas são criadas apenas em substituição a antigos frequentadores.

Todos os anos se forma um novo grupo e os remanescentes dos grupos de vivência são convidados a participar do grupo Manutenção. A frequência é flutuante e as reuniões ocorrem na última segunda-feira do mês, das 9h00 às 12h00.

Minha escolha recaiu sobre o Centro de Saúde Paula Souza, por este acolher sistematicamente pesquisadores e ser formador de profissionais, oferecendo condições ideais para a realização deste estudo.

Retrata-se aqui uma configuração que funciona como ponto de partida para a análise de relações sociais mais amplas. Pesquisou-se *no* Centro de Saúde Paula Souza como estão articuladas as questões do medicamento na saúde, atentando para a especificidade complexa dessa circunstância.

“O 'caso' [...] se constitui, pois em uma instância deflagradora do estudo de mediações que concentram a possibilidade de explicar a realidade concreta.” (Franco, 1994, p. 155)

A reflexão sobre a produção das interpretações simbólicas e das metáforas, ou seja, sobre as justificativas influenciadas e adquiridas pelo legado social, dadas pelos profissionais e usuários na relação que estabelecem com a medicação na velhice, ampliou a compreensão do conjunto de significados ao longo do desenvolvimento do projeto. Estudamos as condições, processos e efeitos que desvelam a existência social através das particularidades dos seres históricos:

“Seres históricos aqui entendidos como produtos de circunstâncias determinadas e, ao mesmo tempo, produtores dessa mesma história que se concretiza na prática social, via pensamento-linguagem e ação, que se deixa impulsionar por necessidades biopsicológicas, que se orienta a um fim e que se expressa no conjunto, socialmente elaborado, das representações sociais.” (Franco, 1994, p. 157)

Esta linha de investigação, dirigida para uma certa prática de pesquisa, envolve: seleção prévia dos informantes, detalhada coleta de dados, análise pormenorizada da transcrição dos textos, seguida do estabelecimento de relações. Como só adquire significado aquilo que é percebido e interpretado, perguntamo-nos a todo instante o que a ocorrência de determinada fala está transmitindo:

“No estudo de caso, o pesquisador não parte de esquemas rígidos e concebidos *a priori*. Embora inicie seu trabalho baseando-se em alguns pressupostos teóricos (já incorporados) durante a realização do mesmo, deve estar atento para as novas categorias que emergem na interação concreta que se estabelece entre o investigador e a instância estudada. Nesse processo, devem ser recuperados os aspectos contraditórios e as diferentes perspectivas, muitas vezes presentes em determinada situação.” (Franco, 1994, p. 156)

O fenômeno cultural apresenta dimensões que podem ser tratadas mais apropriadamente pela pesquisa qualitativa, entendida como:

“[...] aquela que, assentada num modelo dialético de análise, procura identificar as múltiplas facetas de um objeto de pesquisa [...] contrapondo os dados obtidos aos parâmetros mais amplos da sociedade abrangente e analisando-os à luz dos fatores sociais, econômicos, psicológicos, pedagógicos etc.” (Franco, 1994, p. 153)

Estarei, portanto, estudando o fenômeno:

- No local onde ele ocorre;
- Buscando apreendê-lo como um todo, evitando fragmentar a realidade e explicá-la comparativamente;
- Resgatando as suas particularidades através de diferentes formas de expressão;
- Atentando para o caráter histórico dos dados coletados, analisados e interpretados.

Tendo em vista a proposta de conhecer as interpretações simbólicas em torno da medicação na velhice, optei pela coleta de dados através de entrevista. No decorrer da fala dos depoentes, o tema foi dirigido para o objetivo deste estudo, buscando apreender a visão sobre o medicamento na velhice. Um roteiro previamente testado serviu de guia para orientação do pesquisador. O roteiro (ver Anexo) foi construído a partir de quatro eixos centrais, na tentativa de captar a interpretação sobre a velhice, no que diz respeito a:

- Saúde;
- Uso e desuso do medicamento relativo à saúde;
- Sugestões para benefícios da saúde;
- Profissionais que melhor atendem as demandas relativas à saúde.

Foram entrevistados dez profissionais, seis frequentadores do grupo Manutenção, onze do grupo Vida e onze do grupo Vivência. Os depoimentos foram gravados em fitas cassete, sendo que os encontros para sua coleta foram realizados no próprio Centro de Saúde Paula Souza, em horários previamente fixados pelos depoentes. Os depoimentos foram registrados com o consentimento dos entrevistados e

as fitas foram transcritas literalmente; o diário de campo permitiu o registro das observações realizadas durante as entrevistas. Cada entrevista teve em média a duração de vinte minutos e a dos profissionais, em torno de cinquenta minutos.

Realizei um pré-teste com um representante de cada categoria abordada neste estudo (idoso, médico e profissional que não pode receitar). Esses primeiros depoimentos foram essenciais para a reformulação do roteiro, orientação das entrevistas e condução da análise comparativa do conteúdo. Terminada a fase das primeiras entrevistas e a partir das interpretações dos depoentes, formulei uma segunda interpretação. Para isso, trabalhei com as gravações em fitas cassete, as transcrições das mesmas, as anotações do diário de campo e as reflexões teóricas que foram enriquecendo a minha segunda interpretação.

2.3 Análise de conteúdo

Neste item passarei a explicitar os passos dados no sentido da interpretação das falas. Reafirmo a importância das expressões orais oferecidas pelos depoentes, as quais pesquisei na análise do conteúdo. Os indivíduos foram ouvidos sem que se perdesse de vista o caráter histórico e cultural das suas falas. Essa abordagem metodológica reconhece o sujeito como produtor ativo de conhecimento de interpretações, relacionadas aos determinantes da sua época. A fala deles contém informações interpretadas e significadas a partir do seu quadro de referência.

“Análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa cujo objetivo é a busca do *sentido* ou dos *sentidos* de um texto... Resumindo: o que está escrito é o ponto de partida, a interpretação é o processo a ser seguido e a contextualização, o pano de fundo que garante relevância.” (Franco, 1994, pp. 165 e169, grifo do autor)

A teoria caminhou lado a lado com a interpretação e a análise da interpretação da fala dos depoentes. Ela se pretende investigadora da importância do não-aparente, não se limitando à constatação dos fatos ao descrevê-los minuciosamente, mas desvelando o papel da cultura na vida humana. Em outras palavras, procura-se analisar os significados do medicamento para a saúde do idoso, sem perder de vista os acontecimentos sociais e a situação concreta dos entrevistados - no caso, a experiência do envelhecimento, da promoção da saúde e das questões éticas que envolvem profissionais e pacientes no uso da droga medicamentosa - sem, contudo, restringi-la apenas ao que é compartilhado. A análise e interpretação procuram, basicamente, a singularidade de cada informante e os diferentes pontos de vista. É importante enfatizar que as falas são ressaltadas para que se resgatem as diferentes interpretações, a heterogeneidade, a contra-generalização, e não o contrário, isto é, a homogeneidade generalizadora determinada pela busca do compartilhamento dos depoentes.

“Nessa ótica, mesmo que o investigador parta de algumas hipóteses teóricas, ele estará constantemente atento a elementos que possam emergir como importantes durante o estudo, aspectos não previstos, dimensões não estabelecidas *a priori*. E ele o faz, principalmente, por meio da explicitação dos princípios que orientam suas representações e interpretações e por intermédio do relato das representações e interpretações dos informantes.” (Franco, 1994, p.152)

As descrições metódicas do um trabalho permitem aproximar a interpretação e a análise das explicações dadas. Descrever a ocorrência de um certo fenômeno, buscar o seu significado, a sua expressão, através de padrões nas particularidades das falas de cada informante é procurar o contexto da cultura.

Nesse sentido, a análise e a interpretação do material coletado realizaram-se em duas etapas: procuramos primeiro atentar para as especificidades de cada fala, para em seguida verificar a existência de pontos comuns e diferentes em cada segmento entrevistado.

“Diferentes interpretações, que diferentes indivíduos ou grupos desenvolveram acerca de uma mesma situação, é o que permite recuperar a dinâmica da situação estudada. Dinâmica que se expressa no processo vivenciado pelos indivíduos envolvidos e no relato das representações e interpretações dos informantes. Representações e interpretações que, por sua vez, serão reinterpretadas e reelaboradas pelo pesquisador e, posteriormente, pelo leitor.” (Franco, 1994, p. 156)

As categorias criadas *a priori* permitiram o aprofundamento no tema da pesquisa, mas não impediram o surgimento de outras. O pesquisador interferiu na codificação do entrevistado, descodificando sua fala à luz das unidades de análise privilegiadas pelo estudo, permitindo a emergência de novas categorias - interpretações nativas -, que enriqueceram o estudo delineando novos contextos simbólicos.

“Uma outra vantagem implícita na elaboração de um sistema categórico *não-apriorístico* diz respeito à grande quantidade de dados novos e diversificados que podem surgir.” (Franco, 1994, p. 177)

Em princípio, propunha-se entrevistar o maior número possível de participantes de cada grupo. Isso não foi possível em todos os grupos de entrevistados, pois no momento da coleta do material verifiquei limites ilustrativos que passarei a detalhar por ocasião da análise do material.

ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

Nesta etapa, deixo os sujeitos falar, interpretar a si mesmos, e às suas situações. Na medida do necessário, reorganizo as suas falas, partindo para uma interpretação de segunda mão.

3.1 Os idosos

3.1.1 Grupo Manutenção

No grupo Manutenção, evidencia-se a preservação da autonomia tanto na administração do tempo, como no conhecimento do dinamismo dos seus organismos. Tais fatos chamaram a minha atenção, pois um dos princípios da promoção da saúde é o incentivo ao autocuidado, verbalizado pelos depoentes já no agendamento das entrevistas. Elas serão designadas por: M1, M2, M3 e M4.

Cito algumas características apresentadas pelos membros deste grupo. Todas as entrevistadas recebem mensalmente uma aposentadoria ou pensão. Duas pediram para ser entrevistadas na ocasião do contato, pois estavam com viagem de férias marcadas. Uma delas precisou organizar uma substituição, pois tem a responsabilidade de cuidar da bisneta; outra preveniu-me de que não viria caso não estivesse se sentindo bem. Num primeiro momento questionei-me a respeito dessas duas últimas justificativas, mas por ocasião da entrevista pude confirmar ambas as situações.

Ao relatar sua vida, a primeira citada informa sobre seus compromissos familiares.

São sete, praticamente eu criei. Criei, não: eduquei - vó não educa, só dá amor. Agora eu tenho uma bisneta que também fica comigo nos fins de semana. Ela vem na sexta-feira e fica até domingo. (M4)

A outra depoente tem oscilações constantes de disposição física, colocando limites concretos à sua disponibilidade para frequentar atividades que exijam compromisso fixo.

Ainda no domingo, minha filha me disse: “ Nós vamos na casa da Dona, você não quer ir?”. Eu disse: “Olha, minha filha, se for agora eu não vou. Agora, mais tarde quem sabe”. Aquela hora eu não podia ir, às seis horas, já deu. (M1)

Em relação à concepção de saúde

A saúde na velhice parece estar relacionada com aspectos físicos anteriores, vividos na juventude e na idade adulta, e com a capacidade de relativizá-los no cotidiano atual.

Olha, isso certamente depende muito das pessoas. Por exemplo, eu com a minha coluna, por causa da artrite, tenho bicos de papagaio; mas já tenho há muitos anos. Porque eu não me faço de velha, pois tenho muito bom humor. Dizem que quando a pessoa tem bom humor, custa mais a envelhecer. Será que é verdade?! (M1)

Aspectos da convivência social e prazeres da vida contribuem para o que se entende como o significado de saúde. As orientações que implicariam restrições alimentares são minimizadas.

Eu acho que tem que ter uma cabeça boa, ser útil para as outras pessoas. Também comer aquilo que você acha [que pode]. Eu sou muito comilona. Eu como de tudo. Eu não faço dieta. Eu também gosto muito de passear. (M2)

A mesma entrevistada acredita que as interferências negativas dos alimentos - aquelas ligadas aos hábitos culturais - , são compensadas com bons pensamentos.

Comer coisa muita pesada. Comer comida gordurosa é normal. Descendente de português é isso mesmo, não é! Então, é aquilo que eu já falei, da gente ter pensamentos bons para não interferir em outras coisas. (M2)

Outro tipo de autocuidado é priorizado pelas entrevistadas, para viver-se bem.

Ter higiene com a gente mesma, com tudo, todo o dia. Na casa, em todos os lugares. Eu acho que nisso está o bom viver. (Man-b)

As recomendações são genéricas como se a necessidade dos serviços médicos ainda estivessem muito distantes das demandas físicas do que um idoso necessita. O fantasma do abandono familiar está presente, na explicitação desse apoio.

É preciso ser um pouco mais bem tratado. A família tem que compreender um pouco mais... Eu estou falando em geral, porque as minhas filhas são muito boas, graças a Deus. (M3)

A entrevistada, que carrega as marcas das seqüelas da poliomelite e uma rouquidão decorrente de uma cirurgia cardíaca realizada há desessete anos, não se refere à saúde como fazendo parte estritamente do envelhecimento. A familiaridade com os freqüentes atendimentos médicos parecem estabelecer uma cumplicidade com os serviços públicos.

Não, eu uso muletas há uns dez anos, mais ou menos. Tive trombose também. Então eu sou privilegiada com a assistência médica. Eu trato no INCOR, fui operada pelo INAMPS; na ocasião, também fui muito bem tratada, não tenho queixa. Agora, já tive logicamente que enfrentar filas grandes, cansativas, mas não é sempre. (M4)

Uso e desuso do medicamento relativo à saúde

Expressam o seu desconforto com o uso de medicamento, alterando as instruções dos médicos.

Eu sou muito em contrário de remédios, muito em contrário. Agora, os que eu vejo que são necessários, tomo; mas uma coisa por minha conta, não. Às vezes uma pessoa pode dizer assim: tome isso, tome aquilo, eu não me trato por mim. Agora esses comprimidos que o doutor me receitou... eu vou falar com ele no retorno, são para dormir. Me lembrei de que ele me falou que eu estava estressada e realmente as primeiras duas noites foi uma maravilha. Depois eu andava caindo, aquela coisa ruim de sono, depois eu deixei de tomar. (M1)

Soluções alternativas surgem no lugar do medicamento evitado.

Eu não tomo porque sou contra, eu não tomo muito remédio - é muito difícil. Agora que eu estou com problema na coluna, estou fazendo acupuntura. (M2)

Todos rejeitam a possibilidade da automedicação mas a interferência na quantidade do remédio não é questionada como sendo também uma iniciativa contra a prescrição aos medicamentos.

Não tomo muito remédio, só tomo Lorax, 1 mg. Há uns anos atrás eu quase não dormia, tomava 2 mgs, mas não estava fazendo nada. Eu peguei e falei: Não vou aumentar. E diminui para uma, agora só estou com a metade [...] Está tudo a mesma coisa, então eu resolvi que não adiantava aumentar. (M3)

Tomar medicamento sem receita é visto como prejudicial à saúde do idoso, mas alterar a dosagem não é algo que mereça questionamento.

Meus remédios graças a Deus, há muitos anos é só Strugeron. Tomei uns três anos seguidos, depois comecei a intercalar: um dia sim, um dia não. De repente, eu tomo quando eu quero, quando eu acho que eu não preciso tomar, eu não tomo. Eu tomo assim. (M3)

Para as entrevistadas, informar o médico acerca dessa posição é importante. Parece representar um respeito ao profissional e, talvez, o reconhecimento de um afeto presente na relação com o medicamento.

Eu tive uma tontura muito forte na rua, eu tinha 42 anos - faz muitos anos, né! Eu comecei a tomar, tomei uma boa temporada. Depois eu vi que estava bem, parei. Mas eu falei para ele, contei tudo para ele. E tomo assim de vez em quando, uma vez por semana, só para não deixar totalmente. (M3)

A ingestão de medicamentos relacionada com alterações emocionais é reconhecida como existente, mas nos outros.

Olha, existe idoso cheio de manias. Então, tem aqueles que tomam remédio descontroladamente, tomam tudo que ensinam, sem ser por conselho médico, isso prejudica a saúde. (M3)

A procura por ajudas alternativas, por parte da entrevistada, para a tosse decorrente da cirurgia cardíaca, demonstra abertura para novas opções de tratamento.

Olha, eu sei que na homeopatia a gente tem que tirar a alopátia, mas o meu tratamento é antigo, não posso interromper. Ele disse que não tinha problema [...] Era uma coisa muito simples, umas gotinhas que eu tomava de manhã; eu acho que para mim não adiantou. O meu problema é um pouco mais grave, não é com homeopatia, não. (M4)

Sugestões para benefícios da saúde

Salienta-se a necessidade de uma escuta diferenciada para quem tem que lidar com sofrimentos crônicos, mas logo em seguida ela é minimizada, devido a uma suposta ausência de conhecimento que possibilite fazer tal sugestão.

As dores, as dores, porque realmente eu tenho muitas dores, é uma coisa [...] Talvez mais dedicação da parte dos médicos, não sei, porque não tenho assim grande experiência nessas coisas. (M1)

Novamente a alimentação, acrescentada à atividade física, é mencionada em uma perspectiva relacionada à manutenção da saúde, visando promover uma satisfação pessoal.

Eu acho que a pessoa tem que comer uma coisa que lhe faz bem. Eu prefiro mais uma verdura do que um bife de carne vermelha. Eu acho que depende, tem que se cuidar mesmo com tudo. Andar, eu não digo, eu não gosto muito, eu sou meio vagabunda para dizer a verdade. Não gosto de fazer ginástica, mas eu ando bastante. No plano eu sou capaz de ir até a China, mas na subida eu me canso, então eu evito. Mas eu ando bastante. (M2)

A atenção do profissional que atende o velho é um elemento muito valorizado, sendo comparado aos benefícios que o dinheiro traria em termos de acesso aos serviços. Eles não podem ser substituídos por um atendimento atencioso: ajuda, mas não resolve.

Dar uma ajuda sem dinheiro é difícil, não é? Mas conversar, ter paciência, essas coisas... Porque se tiver dinheiro, ajuda melhor; só com palavras não sei se pode ajudar. (M3)

No geral, as entrevistadas não sabem quais sugestões fazer, mas se sentem aliviadas de ainda não precisarem desses serviços que lhes chegam com informações altamente negativas.

Eu escuto falar que está uma droga, não é! Mas não sei se é mesmo, graças a Deus eu ainda não precisei. (M3)

Um rol de sugestões para quem vê muitas alternativas para uma boa qualidade de vida, sem esquecer dos parcos rendimentos das idosas.

Ah! Uma boa alimentação, porque hoje ninguém morre de fome. Eu vou na feira e vejo que tem coisas bem baratinhas. Nós é que ganhamos pouco. Mas existem coisas de graça, é saber procurar o grupo certo. Eu acho que tem muita falta de atividade e [que] os idosos se acomodam muito: eles ficam sentados numa poltrona assistindo televisão. Ter um lugar para habitar. Então, eu acho que morar mal e a vida sedentária, piora a situação do idoso. E o contrário disso, só pode melhorar. (M4)

Profissionais que melhor atendem as demandas relativas à saúde

Nem todas as entrevistadas do grupo Manutenção têm uma visão negativa dos serviços de saúde para os idosos.

Muita gente diz: Eles não fazem nada. Eu acho que fazem sim, embora não façam muito, mas também como podem fazer muito a tanta gente? A gente vai naquelas clínicas sempre cheias de gente, tudo sem pagar, não é verdade? Eu já fiz tantos exames, como é que eu podia pagar? Está certo que, se fosse preciso, os meus genros fariam tudo que precisasse. (M1)

A segurança dada pelo respaldo familiar talvez favoreça algumas posturas. No momento, quem melhor atende às suas necessidades de saúde são os familiares e amigos íntimos. A fala da entrevistada M1 ilustra essa situação.

As filhas e amigas minhas que querem que eu esteja bem. Eu é que sou muito encolhida, só quando não posso é que eu incomodo alguém. As pessoas de fora, às vezes, dão um bocadinho de conforto também. (M1)

A mesma depoente ressalta sua necessidade de conforto tomando como exemplo uma amizade antiga. Nas horas de aflição é muito importante dispor dessa intimidade que não se encontra nos profissionais.

Eles estão no pé da gente; com os amigos a gente tem mais liberdade de conversar. São muitos anos de convivência: ele se despediu da namorada que era minha prima, na minha casa. Portanto, é uma pessoa de muita, muita história. (M1)

Os especialistas sugeridos como necessários são detectados a partir das demandas pessoais.

Não sei por quê graças a Deus sou uma pessoa com bastante saúde. Então eu necessito [de] um [especialista] relativo a bronquite e o ortopedista. São os dois que eu preciso de vez em quando ter. (M2)

A participação governamental é vista como imprescindível.

Se não tem um pouco da ajuda do governo fica difícil [...] o povo pode ajudar um pouquinho, mas tem muita coisa que fazer, não é? (M3)

O grupo de idosos promovido pelo centro de saúde é uma referência para esta outra entrevistada, que não esquece o bom atendimento recebido desde a ocasião da cirurgia do coração.

Eu acho que para a minha cabeça é o grupo daqui, o grupo Vida [...] Às vezes as pessoas falam: “ Ah, é uma besteirinha, para quê?” Nada, a gente está voltando a ser criança. É gostoso, não sei se é porque eu lido com criança em casa e às vezes a gente passa as brincadeiras que faz aqui para elas. Os passeios que a gente faz, as viagens de lazer de um dia só, é muito gostoso. Eu acho que o atendimento aqui é muito bom. E também do INCOR, eu sou muito bem recebida. A comunicação com qualquer um dos funcionários é muito boa. (M4)

A entrevistada recorre ao serviço de psicologia, mas como tem dificuldade de manter uma presença assídua, acaba desistindo.

Eu tratei aqui com a psicóloga, fiz um tratamento individual e depois em grupo, e desisti porque eu não estava em condições. Acho que esses problemas de saúde que tive, e também estar sempre aqui cedo, atrapalha. Eu também tinha outras atividades, estava fazendo escola de Evangelho, na época, e não queria deixar. Eram muitas vezes para sair da minha casa, eu estava abandonando muito a minha casa. Não estava dando tempo, quando a minha filha pedia para ficar com as crianças, ou a minha neta precisava deixar a criança comigo. (M4)

A freqüentadora do grupo Manutenção aponta as características atuais do envelhecimento, vinculando-as ao modo como conduziu sua vida e relacionando-as sobretudo com aspectos referentes à memória.

Eu tenho dificuldade em falar, às vezes as palavras.... Porque eu vivo sozinha e estive muitos anos sem sair, quinze anos só com o meu marido, quinze anos só trabalhando. (M1)

Entretanto ela indica:

Por isso é muito bom para mim ter mais com quem conversar. Eu gosto de conversar. Eu não sei muitas coisas, porque além da idade e de ficar muito em casa, eu não sei, assim, conversar; às vezes eu tenho dificuldade. (M1)

A mesma entrevistada aponta a vaidade como uma característica positiva e estimulante.

Si, si [sic] eu estou sozinha, o apartamento é muito bonitinho, jeitoso, tenho vaidade até no próprio apartamento; gosto de ver tudo muito arrumadinho. Eu tenho vaidade. (M1)

Nesse contexto de carência de trocas realimentadoras, as entrevistadas desta pesquisa têm uma oportunidade de se sentirem valorizadas.

Gostei até de conversar com você, muito mesmo. Achei muito bom, eu até, para dizer a verdade, precisava de conversar assim com as pessoas, porque eu fico muito sozinha em casa. Eu não tenho feitiço de andar na casa dos outros, eu não tenho convivência com os vizinhos. Acho muito bom a gente sair um pouco, mas não tenho assim aquela vontade... (M1)

Recorrem financeiramente à ajuda da família, mas nem sempre consideram esse movimento algo positivo.

Às vezes precisava pedir para um ou outro da família, e isso eu acho um pouco humilhante: precisar estar recorrendo a outras pessoas que também têm dificuldades. (M4)

Revisitando as interpretações do grupo Manutenção

Uma segunda interpretação sobre os depoimentos do grupo Manutenção permite desvendar símbolos presentes nas narrações. Não que eles sejam verbalizados claramente, mas na ambigüidade das falas contraditórias abre-se a possibilidade de interpretação.

O discurso deste grupo de idosos, que já passou pelos diferentes serviços oferecidos pelo centro de saúde, parece incorporar o discurso oficial dos profissionais dessa instituição: a importância da atenção para consigo mesmos. Observa-se muito da fala dos profissionais nos depoimentos dos idosos, no que diz respeito a orientações alimentares e de higiene.

Ao mesmo tempo em que se elogiam os atendimentos, as depoentes falam da satisfação de no momento não precisar recorrer a eles, em caso de urgência. Frente ao receio da ineficiência dos serviços, a família se torna a única perspectiva de suporte.

Nesta situação o dinheiro entra com seus diferentes significados. Para as entrevistadas, ele não deveria, ser a condição para um atendimento atencioso, entretanto, é devido à ausência dele que recorrem à família, não sem constrangimento, quando necessitam de algum tipo de ajuda.

Esse quadro chama a atenção para como o grupo de idosas entrevistadas está bem instrumentalizado, no sentido de estar atento às demandas individuais. Isso é confirmado se lhes pede para indicar quais profissionais procurariam em caso de necessidade. Citam aqueles ligados às demandas físicas individuais.

O isolamento e a solidão expressos no agradecimento pela entrevista e na valorização dos encontros mensais, ocorridos na própria instituição, parecem apontar para uma sensação de não-pertinência, que está presente, mesmo quando já se usufruiu das atividades oferecidas pelo centro de saúde.

O medicamento insere-se nesse contexto, para o grupo em questão. Na verbalização acerca dele, as entrevistadas ponderam bastante acerca dos prejuízos gerados pelo uso indevido, mas não vêem nenhum inconveniente em alterar a posologia ou as prescrições. Não se percebe, tampouco se questiona a ambigüidade de tal situação, nem sequer por um momento.

3.1.2 Grupo Vida

O grupo Vida possui características peculiares. A entrevista com a coordenadora reflete o espírito do grupo: ele é extremamente ativo. Esta senhora pediu-me para entrevistá-la na sala de trabalho, pois tinha que atender às solicitações de suas funções no centro de saúde.

É assim que se refere ao surgimento deste grupo:

E esse primeiro grupo nós não quisemos que se tornasse grupo Manutenção, então conversamos com o diretor, batalhamos e ficou um grupo permanente. (Coord.)

Ela relata como foi designada para a presidência, discorrendo também sobre aparentemente desconhecidas perspectivas no exercício desse cargo.

Teve um problema: o grupo estava quase parado. Conversamos com o [diretor] e ele disse: “Ah, vê aí, anime esse grupo, vamos tocar para a frente porque é o primeiro grupo do centro de saúde”. E aí eu fui. Me elegeram como presidente e eu estou lá, até quando não sei, mas eu gosto muito, muito mesmo, uma turma muito boa. (Coord.)

Realizei as entrevistas no horário de chegada para a reunião semanal e ao longo da mesma. Quando o grupo estava organizado para alguma atividade previamente programada, poucas aceitavam interrompê-la; nenhuma concordou em ficar além do horário, alegando outros compromissos. Esse argumento também era usado para justificar a inviabilidade de ir à instituição em outro período.

A idade das entrevistadas variou de 61 a 81 anos, mas isso não interferiu de maneira significativa no conteúdo das respostas. A coordenadora completou o curso Normal, e as frequentadoras têm o primário ou ginásio muitas vezes incompletos.

Então, é o que eu digo, eu não tive estudo, é a cultura da vida, não é? (V4)

As participantes que se dispuseram a dar entrevistas nomearei da seguinte maneira: Coord., V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9.

Em relação à concepção de saúde

Como a coordenadora expressa sua visão sobre a saúde na velhice.

Eu acho que a saúde do idoso tem que ser controlada porque o idoso tem vários problemas. Ontem mesmo, nós tivemos um idoso aqui, veio conversar, mediu a pressão, estava normal. Foi embora para casa com outro colega... caiu. Correu para o HC e ficou internado. Quer dizer, o idoso precisa de um controle de saúde permanente. (Coord.)

Quanto às possibilidades de tratamento, ela diz:

Eu acho que procurando, encontra. (Coord.)

Ela descreve outros fatores que interferem na saúde e nos fornece um dado do perfil do grupo: nenhum dos membros reside com os filhos.

Lazer nós temos, agora, sobre o familiar, eu não tenho muito a dizer porque a maioria mora só [...] Tem pessoas com 65 ou sessenta [anos] que já está entregando os pontos. Eu não, se entregar os pontos eu fico doente. Então eu trabalho em casa, eu saio, passeio, vou para casa dos meus filhos em Santos, em Brasília... (Coord.)

Valorizam atividades de lazer, mas não se esquecem de certos limites.

Eu levo o grupo cinco, seis vezes por ano a lugares próximos, no máximo duas horas [de viagens], porque cansa muito, não é? Para eles passarem um dia assim, em conjunto, conversando, comprando, passeando... (Coord.)

O afeto que vem através da consideração minimiza os problemas crônicos.

Em primeiro lugar, é o respeito. Eu acho que tem muita falta de respeito pelo idoso, principalmente em condução ou quando você vai num lugar público. Muitas vezes dizem: "Ah, velha, vai para lá". Te empurra e tal. Outra, é que ele tenha paz em casa. A gente, tendo paz, precisa muito pouco do medicamento. Eu tenho os meus problemas desde criança: tive reumatismo infeccioso e se transformou em artrite. Mas como a gente vive na maior paz, não precisa de nada, não. (V1)

Mas ao mesmo tempo em que tratam da sua feliz situação parece que está presente uma imagem negra da má velhice, fazendo sombra para a boa situação pessoal. Recorrer ao profissional de medicina está associado ao preenchimento dessa falta.

Tem uns filhos que não cuidam da gente, que não fazem questão de estar visitando. Os meus filhos respeitam muito, principalmente o pai, adoram o pai. Então eu acho que com tudo isso a gente fica bem. Não precisa ir muito ao médico. O meu problema de médico é a artrite; o resto, graças a Deus, nada. (V1)

A inacessibilidade de alguns idosos aos recursos médicos pesam negativamente, mesmo não sendo essa a dificuldade pela qual as nossas depoentes dizem passar. Os serviços oferecidos pelo centro de saúde gozam de grande credibilidade, segundo impressões dos depoentes, e algumas vezes são preferidos aos dos convênios médicos.

Eu acho que o problema é falta de dinheiro, falta de uma assistência melhor à saúde, e quando você precisa não dá a cobertura que você necessita. Se bem que o meu plano é muito bom... apesar de que, quando eu preciso de alguma coisa, exames, eu prefiro fazer aqui porque tenho mais confiança, porque a gente já conhece. (V4)

Falam de uma vulnerabilidade física do idoso e da falta de pequenos apoios para enfrentar a rotina diária.

Olha, primeiramente é o estresse que o idoso adquire facilmente. Um por estar sozinho e outro porque precisa trabalhar muito. Porque geralmente o idoso precisa fazer limpeza, lavar roupa, precisa sair para buscar o que comer, o alimento [...] Por isso eu digo: o respeito e o amor da família são muito importantes. (V1)

Atento-me agora a várias falas da entrevistada designada por V2, pela clareza com que relaciona aspectos afetivos presentes na sua vida, anteriores à velhice. A falta de saúde não é vista como atributo da velhice e também não se justifica por transformações orgânicas.

Eu, quando era mais nova, não sabia o que eu realmente sentia no corpo para me dar aqueles acessos de dores de cabeça terríveis, uma instabilidade, uma insegurança. Eu era alegre, extrovertida, mas de vez em quando essas coisas tomavam conta da minha mente. Porque às vezes não está no corpo, está na mente [...] Então eu não tinha saúde e não sabia a que atribuir [...] Eu tinha tudo sadio, tudo saudável, partos normais, nunca tive nada no útero, no ovário. (V2)

Só mais tarde decifra uma explicação para o seu mal-estar.

Quando eu via minhas filhas casadas se despedirem com beijos, sempre com aquele carinho, bem para lá, bem para cá. Eu sentia falta daquilo. Eu sempre fiquei muito sozinha [...] Então foi uma coisa assim que tive que descobrir, não só com ajuda de médicos, especialistas. (V2)

Na velhice, ela supera essa profunda insatisfação através da orientação dos profissionais da área médica, com os quais se consulta.

Eu sempre tive bons médicos, um deles me dizia: “Para dar exemplo para as suas filhas, porque a senhora não via a presença do marido, a senhora controlou. Na sua idade não vai desaparecer mais, isso deveria ter sido feito com menos idade. Mas a senhora vai conseguir ter uma vida mais suave, rindo, conversando, viajando, procurando amizades. Porque a senhora é muito atraente, não é beleza material, é espiritual”. (V2)

A alimentação foi cultivada desde cedo como um imperativo para enfrentar a depressão.

Eu encarei como uma obrigação da minha parte superar aquele momento de angústia: sentar na mesa com minhas filhas, almoçar, jantar, ir às festas, muitas vezes amargurada, mas pensando que a minha saúde dependia da minha força e não se consegue nada sem uma alimentação [boa], sem uma noite bem dormida. (V2)

O estilo dinâmico se confunde com características da doença e se transformam num modelo para si e para os outros.

Eu, como hipertensa, nunca pude sentar, ficar de braços cruzados ouvindo uma palestra ou vendo televisão. Eu tinha que fazer um crochê, um bordado, um tricô, ler, [fazer] alguma coisa para tirar da cabeça aquela indolência. Para mim mesma, isso era doença. Tanto que até hoje eu admiro a pessoa que anda apressadinha, que fala depressa, que não usa todas aquelas palavras para contar qualquer coisinha. Eu admiro muito as pessoas dinâmicas. Talvez olhando o meu próprio retrato, acho que todos deviam ser assim. (V2)

A fala de outra entrevistada, reintroduz a dúvida do que realmente interfere na saúde. O enigma da boa saúde na velhice não está resolvido.

Eu não sei, umas têm saúde e outras não têm, não é? Porque muita gente se cuida e não tem saúde. (V3)

A velhice saudável é definida pela autonomia e pela possibilidade de convivência com os familiares mais novos.

Eu acho que me sinto bem comigo mesma, que é o importante: ando bem, como bem. Eu procedo como uma pessoa de quarenta e poucos anos; eu convivo com a minha filha. Vitalidade, disposição para a vida, para qualquer tipo de trabalho. Faço física, caminho como uma desesperada, até em excesso. Eu tenho uma vida tranqüila. Boa, boa. (V5)

Mas a imagem da má velhice volta a interferir na da boa saúde.

Agora, esses clubes que saíram agora, da terceira idade, isso foi uma maravilha para os idosos. Chega uma época que dá a impressão que é uma roupa que a senhora usou, usou, usou e jogou fora. A família deixa de lado! Eu conheço muitos, estão morrendo aos poucos [...] A senhora não ter uma pessoa para conversar, bater um papinho, por simples que seja. O dia a dia é duro, ficar fechada eu não suporto. (V5)

A boa saúde é referida como algo distante por não ser amplamente compartilhada pelos idosos, sinalizando a possibilidade do próprio abandono. Há indicações de que eles não são imediatamente atingidos pelas restrições de acesso a recursos médicos, mas que, para gozar desses benefícios, precisam contar com a ajuda dos órgãos públicos.

Eu acho que o idoso deveria ter mais regalias no tratamento à saúde, ter mais oportunidades para ter uma vida melhor. Porque a vida está difícil, muitos idosos não têm condições de uma boa alimentação, não têm uma atividade que financeiramente possa mantê-lo. Então eu acho que o governo deve muito a ele. Eu tenho oportunidade de me manter, [mas] e os que não tem? Eu acho que isso, cabe ao governo. (V6)

E conclui, mais adiante:

Porque sem essas possibilidades só pode ser um idoso doente, revoltado. (V6)

Para outros, a tranqüilidade está ligada às possibilidades de usufruir imediatamente da boa saúde.

Eu acho que o idoso leva uma vida tranqüila quando tem saúde. Se ele não tem saúde, ele não leva uma vida boa [...] Tenho problema de joelho, mas no mais tenho saúde boa. (V7)

E a mesma depoente se queixa do abandono interferindo na saúde; parece haver necessidade de muita atenção.

É o abandono. Porque o idoso é colocado sempre de escanteio. O idoso nunca está em primeiro plano [...] Tenho quatro netos, já tudo moço, casados; só um é mais atencioso, me telefona mais, quer saber de mim [...] E tenho uma neta, casada com o meu neto, que é espetacular, atenciosa. (V7)

A doença é deixada para trás ao definir a saúde através do divertimento.

Viver, dançar, fazer reuniões com as amigas, viajar, para mim tudo isso é saúde [...] Olha, com a idade vem uma canseirinha, um pesar que eu não tenho. Tudo que eu tive agora o médico falou: “Olha, a senhora não tem canseira, não tem falta de ar, não tem nada. A senhora só atacou os brônquios” [está gripada]. Já fazem oito anos, eu tirei um seio, tinha sessenta anos. Me conformei, me revoltei, mas depois agradei a Deus que estou bem. Então, naquela época, atingiu um pouquinho, mas depois eu falei: Deus quis assim, eu tenho que aceitar. Dei a volta por cima. (V8)

A saúde do idoso é apontada como ligada à história anterior.

Olha, isso tudo depende da vida que a gente começou a levar. Se levou uma vida de dormir tarde, de beber, mesmo socialmente... (V9)

A orientação atual é imprescindível, mas não supre a falta de esclarecimentos anteriores.

Por exemplo, o meu problema está maior agora. É sobre osteoporose, mas eu tomava muito sol e andava muito a pé, mas acho que faltou hormônio na ocasião certa. Logo que comecei com a menopausa devia ter tomado uma dose certa de hormônios, como agora eles falam para mim. Agora tomo cálcio, mas não fixa tanto. Então é isso, eu acho que não tive muita orientação, não. (V9)

E como vêm as perspectivas futuras em relação à saúde.

[...] o que estragou está estragado, estou querendo tentar não estragar o resto ainda, não é? (V9)

Uso e desuso do medicamento relativo à saúde

Neste item identifiquei três posições bastante distintas: a medicação vista como meio de beneficiar a saúde, a necessidade de evitar a medicação e enfim a postura contrária ao uso de qualquer medicação.

Com a palavra, as próprias depoentes.

Ah, eu acho que a medicação é primordial, porque sem medicação acho que toda doença vai para a frente, não é? [...] quem necessita, sem o medicamento eu acho que a pessoa não vive bem. Eu mesma sou diabética, tomo três vezes ao dia. (Coord.)

Segundo a mesma entrevistada, só faz mal quando...

Tomado em excesso, descontrolado. Às vezes não está se sentindo bem, vai, toma outro, quando não tem uma orientação certa. Aí pode prejudicar. (Coord.)

Outro exemplo:

Olha, pode beneficiar. Eu posso falar sobre mim: eu não poderia ficar sem o remédio, graças a ele os meus dedos ainda não entortaram todos. Eu posso caminhar, tem dias que me ataca os joelhos, o pé. Então, se não fosse o medicamento, [eu] estaria mal. (V1)

Mas quando prejudica, o idoso vai atrás de novos medicamentos, e as limitações econômicas vêm à tona.

Eu tomei dois remédios, um que na bula era igualzinho ao outro. Mas um me fez um mal danado, acabou com a minha flora intestinal. Saiu ferida na boca, o outro não. Só que um era de um laboratório, e o outro, de outro. Mas agora estou tomando um remédio novo, custa um pouco caro, o que para o idoso é um pouco ruim para comprar, mas os meus filhos e o meu marido fazem uma forcinha e compram. Então, eu estou me sentindo bem, estou fazendo movimentos com as mãos. (V1)

Um bom diagnóstico é identificado como imprescindível para o sucesso da medicação.

Ah, quando ele é receitado certo, não é? Como agora, eu tenho labirintite, já tomei três tipos de remédio e nenhum adiantou. Ontem eu fiz um otoneurológico

completo, para dizer se é mesmo do ouvido ou o que é essa falta de equilíbrio que eu tenho. Então, o remédio para uns dá certo, e para outros, não. Precisa ver bem a causa. (V9)

A depoente identifica-se com a necessidade dos outros e reconhece os benefícios da medicação.

Eu acho que beneficia quando você necessita do medicamento. Por exemplo, a pessoa que tem pressão alta, precisa tomar para baixar a pressão. Esse não é o meu caso. Se a pessoa é diabética, precisa tomar remédio para a diabete. Então cada um na sua necessidade, não é? (V7)

E alerta para a automedicação.

Quando é excessiva, quando o idoso começa a tomar remédio sem necessidade, sem receita médica, a comadre indica, a vizinha indica, isso eu acho que não pode ser. (V7)

Quando a medicação alivia os sintomas, ela é bem-vinda.

Que nem agora, eu fiquei ruim, fui parar no pronto socorro. Eles me deram umas gotas para a tosse e melhorei bem, graças a Deus. (V8)

Também chama a atenção para os riscos da automedicação.

Pode ser prejudicial tomando sem consultar o médico, assim, outra pessoa falando... (V8)

Na tentativa de explicar o que está por trás do sucesso de uma medicação, outra entrevistada diz:

Depende de a gente encontrar um médico que acerte, que compreenda os nossos sentimentos, os nossos motivos para aquela enfermidade, aquele mal-estar [...] E outra coisa mais importante: nós, pacientes, temos que não só confiar no médico, mas ter simpatia pelo nosso médico. Então aquele remédio que ele está prescrevendo, quando vamos comprar o remédio, já dá aquele fluido, aquela coisa positiva dentro de nós, que veio através do nosso médico. Então é um bom medicamento. (V2)

Essa mesma entrevistada avalia as razões para a medicação se tornar prejudicial: não seguir a prescrição médica.

Quando o idoso é uma pessoa relaxada, [ele] compra, faz questão de mostrar aos amigos, aos parentes, seja lá quem for: “Olha quantos remédios que ele passou para tomar”. Vai à farmácia, gasta seu dinheiro, compra e toma uma vez ou outra e fica lá no cantinho [...] Mas é muito necessário a pessoa ter aqueles medicamentos como a substância da vida. (V2)

A falta de esclarecimento e o acesso à medicação são imprescindíveis.

No meu modo de pensar, a medicação pode beneficiar a saúde do idoso se ele tem um esclarecimento de como tomar os medicamentos e, para quem não tem possibilidade, ter medicamentos de graça. Um médico que possa acompanhar e dar esclarecimentos sempre. (Vi6)

Mas não é esse o caso dela.

Não, não. Não tomo porque eu tenho conhecimento do prejuízo. Por ter pessoas da família na saúde e, assim, mais um grau de conhecimento, não compro medicamento na farmácia, indicado por qualquer um. (V6)

Algumas são categóricas.

Não tomo nada, nada mesmo. Nem comprimidos para dor de cabeça. (V4)

E se justifica assim:

Bom, eu acho assim, se você está muito nervosa, você toma um calmante, eu acho que você vai depender daquilo a vida inteira. Então, eu acho assim: calmante eu não tomaria nunca na minha vida [...] E medicamento, eu ia fazer o possível para não tomar, porque se você toma um remédio para o reumatismo, ataca o fígado, se você toma para o fígado, ataca outra coisa. (V4)

Exemplifica, retirando da velhice a característica da ingestão constante e elevada de medicamentos.

Tem pessoas que se enchem de remédio. Eu tenho uma amiga de 48 anos, toma remédio por conta dela, um mundo de remédios, Eu falei: Você não pode fazer isso. Eu acho um absurdo, você precisando, [mas] eu acho que já prejudica, dependendo do remédio. Está bem, você tem necessidade mesmo, mas tem remédio que você pode ficar sem. (V4)

Cuidar-se não é sinônimo de tomar remédios. Parece haver uma insinuação no sentido do receio da velhice.

Eu me cuido. Só que não sou de muito remédio, eu tomo pouco remédio [...] Principalmente agora, tenho medo de tomar muito remédio. (V4)

Ela tem uma experiência negativa, vivenciada pelo marido, em relação ao uso de medicamentos.

O médico acha que para o caso dele é importante, mas faz mal. Ele toma medicamento que faz mal para várias coisas: dá dor de barriga, dá dor de cabeça, dá tontura e são para a doença dele. Ele tem arritmia, inclusive já foi internado três vezes. (V3)

Eis uma posição radicalmente contrária à medicação para dormir.

Hoje, uma pessoa com cinquenta anos praticamente vive a base de remédios: dopante para dormir. Eu acho isso uma lástima para uma pessoa idosa. (V5)

Não há nenhum registro de medicação ajudando na velhice.

Eu acho que não [...] A maioria de todos os remédios acaba com o estômago e com os nervos [...] porque a senhora toma uma coisa e faz efeito para outra. (V5)

A depoente relata sua própria experiência com os efeitos colaterais da medicação para artrose.

Eu cheguei para o médico e falei: O senhor me desculpe, o senhor é que é meu médico, o senhor me receitou. Eu estou sentindo problemas de vista, que é a clorofina. Eu falei: Estou com problema de vista, e nunca eu tive isso. Eu acho que está provado. Interfere, interfere para mim, na minha experiência. (V5)

Sugestões para benefícios da saúde

Dois pontos básicos são mencionados: investimentos médicos e lazer.

Olha, a experiência dentro do centro de saúde é a falta de médicos... quem sabe um hospital só para idosos. (Coord.)

A vontade política aparece como sendo necessária para direcionar os investimentos voltados para idosos, numa perspectiva de prolongar a vida.

Mas, para melhorar o idoso, não precisa tanto de dinheiro. Eu acho que com pouco o governo faria muita coisa. Dar mais diversão para o idoso, dar mais motivação. Por exemplo, como tem a SABESP e a TELESP, [uma] colônia onde os idosos pudessem ficar. Então iria o casal ou a pessoa sozinha e lá teria os seus divertimentos, palestras. Palestra ensinando como a gente ter a vida mais longa [...] O que eles gastam mais em política, gastariam em nós. (V3)

Reivindicações que proporcionam autonomia e, portanto, saúde. Também é citada a necessidade de se redimensionar os degraus dos ônibus.

É preciso mais atenção das autoridades. Porque nós ficamos pedindo, há mais de dez anos, um degrau mais baixo no ônibus. E estamos esperando até hoje. Então esse é um exemplo de abandono do idoso. Temos uma dificuldade louca para subir no ônibus, sempre tem que ter alguém para ajudar a subir. Mas o governo não está tomando providências. (V7)

Investir no idoso é sinônimo de lazer, associado à possibilidade do sonhar. E aparece uma imagem idílica.

Ah, eu gostaria que tivesse um lazer, que a gente se reunisse uma vez por semana num lugar bem bonito, num jardim. Que a gente jogasse, passasse um dia inteirinho. Eu acho que seria maravilhoso. (V8)

As necessidades para a manutenção da saúde deste grupo etário estão ligadas às possibilidades de estabelecer contatos sociais prazerosos.

O idoso não pode ficar sentado, parado. Ele se acrabunha, ele fica como um caramujo, ele vai para dentro. Então, o idoso precisaria de lugares onde ele pudesse se desenvolver, se largar um pouco, sair daquela pressão que ele vivem: não faço isso porque a minha perna dói, não faço aquilo porque tenho medo de cair, me dá tontura. Nada, o idoso tendo divertimento, diversão, encontros, passeios, isso sem falar em dinheiro. Porque, se ele tiver dinheiro, ele pega um avião e corre mundo, faz excursão. Mas se ele não tem dinheiro, tem que procurar esses lugares que tem atividade para os idosos: canto, bingo, aniversário, um passeinho, uma conversa, uma fofquinha entre duas, três [pessoas]. Uma fofoca para aqueles seis, oito que sobraram, isto é maravilhoso. Quando há esta afinidade, eu acho que o idoso se encontra. (V2)

O acompanhamento contínuo por um profissional da medicina é priorizado.

Uma alimentação correta. Ter um médico que acompanhe a pessoa, e isso é difícil porque muitos idosos ficam meses na fila. Eu conheço idoso que vai para a fila às três, quatro horas da manhã, fica lá e não é atendido. Não pode ter um bom resultado. (V9)

A mesma entrevistada aponta o prejuízo da falta de poder aquisitivo no seguimento da prescrição medicamentosa.

Muitas pessoas idosas têm muitos problemas, porque mesmo que elas tenham receita médica, não têm o medicamento. A receita médica não cura ninguém, o que cura é o remédio, e eles não têm condição de comprar. (V6)

Outro depoimento corrobora a mesma opinião, no sentido de enfatizar a necessidade de condições mínimas, em termos de poder aquisitivo, para uma velhice bem cuidada.

O governo deveria dar uma aposentadoria melhor, porque eu acho um absurdo uma pessoa de idade ter R\$130,00 para viver. Não dá mais nem para comprar leite ou pão, o que eu acho um absurdo. Eu acho que a saúde está muito ruim para as pessoas que precisam, está muito amarga. É só você ir num hospital para você ver o sofrimento deste povo. Então eu acho que o governo deveria dar um jeito na saúde. (V4)

Ela relaciona o corte de verbas atingindo o lazer e interferindo na saúde dos idosos do ponto de saúde.

Por exemplo, nós tínhamos aqui [um] ônibus para fazer nossos passeios. O governo cortou! Este ano nós fizemos um passeio que, infelizmente, fiquei doente e não pude ir. Foi agora, em maio. Quer dizer, ele tira da gente, um pouco do que a gente teria para viver um pouco melhor. (V4)

A ênfase nos cuidados físicos desde tenra idade são salientados.

E isso faz muita falta desde criança, não adianta depois de idoso fazer uma super alimentação, isso não adianta, o corpo já está formado. (V9)

Mas esse limite não se estende para os desejos. Os desejos ligados a imagens da infância continuam presentes.

Ah, muita coisa eu sinto que ainda me falta: eu gostaria de aprender outras coisas, música, piano. O meu pai e os irmãos dele eram músicos, mas meu pai trabalhava à noite, tocava nos lugares. Quando ele vinha me ensinar, era depois da meia-noite, eu já tinha trabalhado até aquela hora. Como é que eu ia começar a aprender música aquela hora?! Isso me faz falta. (V9)

Profissionais que melhor atendem as demandas relativas à saúde

Os médicos são os mais solicitados.

Olha, os médicos. O médico, abaixo de Deus [...] Tem uns que nem olham, mas eu aqui no centro de saúde, tenho encontrado médicos ótimos: dão atenção, conversam com a gente e procuram mostrar aquilo que a gente tem, os benefícios e os malefícios. Então a gente sai mais aliviada, a gente sai com mais confiança neles. (V1)

Mas não é qualquer profissional, mas aquele que pode ser atento e atencioso.

Eu acho que deveria ter médicos mais competentes, mais conscienciosos. Às vezes, a pessoa vai ao médico e ele não dá a mínima atenção para o doente [...] Tem alguns médicos que nem levantam a cabeça quando a gente entra. E se você pergunta alguma coisa eles não falam nada. Agora, a [médica do centro], é super ótima. Todos que eu converso sobre ela falam a mesma coisa. Ela te estende a mão, ela pergunta, ela te explica. A maioria não olha na cara da gente porque é de graça. A gente fala “de graça”, mas a gente não paga impostos? (V3)

O geriatra é o profissional mais indicado, sem deixar de lado a nutricionista.

Deveria ser o geriatra e daí partem os encaminhamentos para outras áreas, conforme a necessidade do idoso. O nutricionista também é muito importante, por causa da alimentação adequada. (Coord.)

O médico da família é uma referência.

Tenho o clínico geral que inclusive é amigo nosso, da família. Qualquer dorzinha a gente corre para ele. (V7)

A mesma entrevistada fala da necessidade de um especialista.

Há dois anos atrás me tratei com um psiquiatra por causa da depressão [...] Chorava dia e noite [...] Eu queria ficar deitada, não queria tomar banho, não queria comer, foi isso. Foi um desgosto que eu tive. Eu usei a medicação uns

cinco meses só, depois o médico suspendeu. Voltei ainda ao médico outra vez, sem medicamento e eu mesma já deixei de lado aquele problema que me fez ficar com depressão, e estou numa boa. (V7)

Além do geriatra, os especialistas com sensibilidade para questões da saúde que incomodam os velhos têm muito a contribuir. A cirurgia é vista como promotora de uma melhor qualidade de vida.

Não menciono o geriatra porque ele já inclui tudo na velhice: vai compreender o corpo inteiro daquele idoso. Eu acho que um pneumologista é muito necessário. Mesmo um cirurgião que se dedique a uma outra atividade, vamos dizer, que ele veja naquele idoso, a necessidade de uma pequena cirurgia, seja no nariz, na garganta, nos olhos, no que incomoda. Tudo isso prevalece para que o idoso se sinta relegado a ficar dentro de casa chorando, sucumbindo às mágoas. Isso é muito triste. (V2)

Um profissional que trabalhe as angústias relativas ao medo da morte também é solicitado.

Eu acho que o geriatra e o psicólogo. O psicólogo faz muita falta, porque a gente tem umas deficiências: pensa como vai ser a morte, como não vai ser. Coisa que não precisava pensar, porque isso vem de acordo com cada um, [a gente] morre no dia certo. Eu acho que um estudo da psicanálise é muito bom também, ajudaria muito. (V9)

Outra entrevistada, contudo, repudia esse mesmo profissional veementemente.

Não procuraria o psicólogo. Às vezes a pessoa vai lá com aquele medo... eu estou louca. Põe isso na cabeça... (V5)

Outra profissão é nomeada.

O médico e a assistente social. Também acho muito boa a assistente social. Só isso. (V3)

Levantaram-se outros dados que enriquecem o tema deste estudo. O espírito de cooperação aparece em pequenos detalhes.

[...] e quando às vezes eles deixam de tomar o medicamento por ordem médica, eles vêm e devolvem. Eu vou na seção de distribuição e entrego. Se eles quiserem reaproveitar, tudo bem, se não joga fora. (Coord.)

O olhar dos familiares é uma boa referência para evitar a automedicação.

Não faço porque nem minha filha deixaria, não é? [...] Nossa! Hoje mesmo ela nem queria que eu viesse [estava gripada]. (V8)

A presença de um objeto quebrado que não é jogado fora é a metáfora utilizada para ilustrar os obstáculos da mente à saúde do idoso.

É também a mente. Se a mente não cria, não desenvolve, não adianta nada a vontade ficar só na boca, nas palavras. É como dizer: Deixa isso aí que eu não quero mais, eu vou quebrar e jogar fora. Ficou só na palavra. Não quebrou e nem jogou fora. (V2)

Quando inquiridas sobre os profissionais que melhor atendem os idosos, apesar de vivenciarem a experiência com orientação de profissionais de diferentes áreas nos grupos do centro de saúde, a maioria priorizou os profissionais da área de medicina.

A gente tem mais segurança, mais confiança, acho que é isso. Porque aí de nós se não fosse aquele que estudou para resolver os problemas, tentar, pelo menos, não é? E muitos acertam, muitos mesmo. (Coord.)

A função que é atribuída ao Estado.

Que nós estamos num Estado riquíssimo, um Estado maravilhoso, que deveria dar mais atenção aos idosos [...] Ver uma senhora de idade na rua é muito triste. (V7)

Descreve o que chama abandono do idoso e como ele ocorre.

Você vê quando está um monte de gente na sala conversando, o idoso está sempre de lado e não o deixam falar. Mas não deixam mesmo. (V7)

A explicação que dá para essa ocorrência envolve a percepção de diferenças e se inclui nessa trama.

A conversa do idoso é diferente da do jovem. Eu sei porque uma vez eu fiz um almoço, o meu neto convidou uns colegas, ele era solteiro, eram uns doze rapazes, tudo da faculdade. A conversa deles não era a minha, não era a minha. Aí um dos rapazes falou para mim: “Vó”, me chamavam de “Vó, a Vó não

fala?”. Eu falei: “Eu não tenho o que falar, porque a minha conversa não é a de vocês”. (V7)

A mesma entrevistada afirma que se sente à vontade com seus pares da mesma idade.

Ah, sim, nós somos todos da mesma idade. Quer dizer, umas mais velhas, umas mais novas, mas somos todas idosas. A gente faz passeios, às vezes com ônibus, brincadeiras para idosos. Agora, você põe moço lá no meio e não combina. (V7)

Já vivenciou em instituições propostas de integração entre faixas etárias.

Uma vez eu freqüentava o SESC, uma coordenadora queria fazer reunião dos idosos com os adolescentes. Não combinou porque a conversa deles é outra. Até em música é diferente. Então, não combina, não combina. (V7)

Os meios de comunicação são mencionados como refletindo essa situação vivenciada.

Uma vez eu assisti uma peça na televisão com Walter Foster, que ele era vivo. Era peça de natal e a família estava toda reunida. A neta queria passar o Natal no campo com a turma da faculdade, o neto queria ir não sei para onde. Em resumo: a família ia ficar dividida no Natal. E a velha fazendo tricô lá num cantinho e o velho que era o Walter Foster. Aí um disse assim: “O senhor não fala nada?”. Ele disse: “Não me deixam falar, porque está todo mundo falando dos seus problemas, ninguém está me perguntando o que eu quero, o que eu pretendo”. Então, eles não deixam o idoso falar. Na minha maneira de pensar, na maioria das vezes, o idoso é sempre para depois. (V7)

Ela sente bem quando dialoga com pessoas da sua idade.

[...] e falo no telefone com as amigas e trocamos idéias, mas tudo da nossa idade. Não vou telefonar para uma moça de vinte anos, que a minha conversa não é a mesma. Você tem idosos na sua casa? (V7)

Aponta diferença nos valores dos mais novos, relacionados com as origens culturais.

Pois é, eu tenho um genro, ele não gosta de sair com idosos. Então a minha filha tem que acompanhar ele, às vezes eles saem sozinhos e eu não. A diferença é

muito grande do jeito que o marido da minha sobrinha trata. Não só com a minha irmã, também com a gente que é idosa, as minhas irmãs. (V7)

Como é vista a função do lazer.

Lazer é muito importante. Porque eu vejo a felicidade da minha turma quando eles saem. Todos andando por aquele parque, correndo, a gente bagunça demais! Parece que não temos problemas, sabe! Eu digo assim: Eu não tenho a idade que eu tenho, eu tenho a idade que eu sinto. E eu me sinto moça, com vontade de viver, com vontade de fazer coisas. (V4)

Só não faz mais atividades de lazer devido às limitações físicas.

Sou alegre, escuto radio o dia inteiro, vejo novela. Só não posso dançar por causa do joelho, se não dançaria. (Vi7)

Há a expectativa de que os médicos também sejam orientadores.

Se todo médico aconselhasse ao idoso: saia de casa, saia da cama, deixe um pouco o trabalho, o trabalho fica e quando você voltar encontra o trabalho. Vá na rua, dê uma voltinha, pare na casa do vizinho, converse um pouco. Se o próprio médico aconselhasse isso, muitas pessoas idosas não estariam tão infelizes. Porque na verdade, às vezes, nem são. (V2)

Duas recomendações são feitas, estabelecendo comparação com o idoso pobre.

Olha, eu vou dizer para você: Peça liberdade; quando você estiver atendendo, não olhe para o dinheiro. Como você trata um paciente que lhe pague a consulta, trate o indigente com todo o carinho, que isso é que vale para o paciente [...] O olhar atencioso do profissional é o melhor remédio. O doente se sente muito melhor com atenção e o carinho do profissional que cuida dele do que, às vezes, [com] muito remédio. Porque às vezes ele é doente, por falta de compreensão, falta de carinho. Às vezes é da cabeça, nem é doença. E um carinho tira tudo isso. (V6)

Reafirma a importância de profissionais que incentivam positivamente o idoso, entretanto relata uma vivência oposta ao ser questionada sobre o motivo de ter afirmado, no início da entrevista, que não daria mais depoimentos.

Eu fiquei três horas aqui e me esqueceram na sala. Só quando veio a menina da limpeza é que me disse que não tinha mais ninguém. Eu falei: Nunca mais me pegam. Acham que se esqueceram de mim aqui. (V5)

Avaliando os serviços.

Por exemplo, eu além de [me] consultar aqui, ainda faço um sacrifício e pago um convênio. Mas os médicos do PAS ainda atendem melhor do que os do convênio, porque o convênio paga muito pouco para cada médico. Então, eles atendem em cinco minutos, não dá tempo para a gente conversar o que precisa. Eu estou achando que o PAS, nesse ponto, está melhor do que os convênios. (V9)

Duas imagens de velhice se contrapõem graciosamente.

Eu às vezes reclamo que a minha porta vive cheia. Toda hora alguém me chamando, pedindo alguma coisa, perguntando alguma coisa. E é o telefone que não pára, graças a Deus. Então, às vezes, até que eu gostaria de ficar assim, sentada na minha máquina, ficar quietinha, sozinha costurando, sem sair para fazer outra coisa. Mas a minha vida não dá para isso. (V4)

O dinheiro é importante, mas para quem sempre teve que controlar os gastos, sabe, na velhice, que pode valorizar outras coisas.

Não é o dinheiro, é a estabilidade. Vamos supor: eu estou aqui conversando com a senhora, eu não estou lá quieta, pensando um montão de minhoca. Tendo alguém, a senhora se distrai, ou uma planta, mexe num vaso, vai lavar uma roupa, passar, fazer um doce, sei lá! Eu penso assim, não é tanto o dinheiro, dinheiro nós não tivemos tanto, infelizmente. Mas não é tudo na vida, não. Para mim, não. (V5)

Revisitando as interpretações do grupo Vida

Vamos à segunda interpretação, a das falas do grupo Vida. Nestas encontrei uma série de associações explicativas do que pode estar relacionado com a boa saúde na velhice. Aspectos de momentos anteriores da vida são reconhecidos como interferindo nas condições atuais, mas não impedem um bem-estar, no momento presente. O acompanhamento médico constante se imbrica na importância da preservação de atividades significativas, nos vínculos afetivos prazerosos e no lazer adequado à faixa etária. A preservação da autonomia e a convivência com os familiares são valorizadas, parecendo ser condições imprescindíveis para a boa velhice.

A consciência das perspectivas sombrias em relação aos atendimentos é paralela à identificação das limitações físicas. A sensação de impotência para conquistar um atendimento melhor se confunde com o fantasma da finitude. Nesse espaço fantasioso não há mais direitos, só demandas pela necessidade de cuidados imaginados como ilimitados. Novamente, neste grupo, está presente a sensação de inacessibilidade em relação à reivindicação dos recursos médicos que lhes são necessários.

Quanto ao medicamento as posições são definidas a partir das suas vivências particulares. Os sujeitos atribuem à falta de orientação a causa da ingestão inadequada ou em demasia. As limitações econômicas interferem no acesso a medicamentos que produzam menos efeitos colaterais.

Para outras entrevistadas, o risco de dependência e a possibilidade dos destrutivos efeitos colaterais impedem o uso aleatório do medicamento. É aludido que, na velhice, os perigos podem se tornar maiores, uma informação cientificamente procedente que, no entanto, ganha proporções alarmantes devido à atmosfera de temor que se cria em torno do fato. Assim sendo, ingerir medicamentos na velhice converte-se em sinônimo de risco de vida.

Uma posição mais moderada também está presente: se necessário toma-se o medicamento, apesar de se tentar evitá-lo tanto quanto possível. Cuidar-se na velhice, para as entrevistadas, não é necessariamente o mesmo que ingerir medicamentos.

No grupo Vida, as sugestões para um melhor atendimento da saúde na velhice não se confundem com os benefícios que o lazer traz para a saúde. Há claras propostas de intervenção: hospital especializado para o envelhecimento, políticas voltadas

especificamente para o idoso. Nesse sentido, elas apontam o redimensionamento dos degraus dos ônibus para preservar autonomia dos velhos e não perdem de vista a importância do poder aquisitivo para este segmento. O direito ao prazer é expresso através da construção de imagens idílicas de belos espaços de encontro para os idosos. O direito ao lazer e o sonho de realizações de desejos ligados à infância estão igualmente presentes.

Os médicos, neste grupo, são os mais indicados para atender possíveis urgências futuras. São feitas algumas indicações relativas ao perfil desses profissionais, que devem ser sensíveis às questões que incomodam os velhos.

As entrevistadas esclarecem que deve haver, por parte desses profissionais, abertura para cirurgias que possam melhorar a qualidade de vida do idoso.

Em segundo plano, são nomeadas outras profissões que também podem trazer benefícios para a saúde do idoso: nutricionista, psicóloga e assistente social. O pavor frente às perspectivas tenebrosas advindas das perdas físicas parece estar presentes nessa distinção. Embora possam usufruir dos serviços da equipe multidisciplinar, há indicações de que ela não suprirá demandas orgânicas futuras.

Neste grupo, chama a atenção a ênfase dada à cooperação, como se a participação assídua por muitos anos tivesse forjado a valorização dos vínculos. Retomo a metáfora do objeto quebrado, utilizado por uma das entrevistadas, para ilustrar esse compromisso de ação do grupo: se não se quer mais o objeto quebrado, deve-se fazer algo com ele. É preciso destruí-lo ou jogá-lo fora para que não se retorne à intenção inicial.

Neste grupo pude detectar mais claramente a valorização de espaços exclusivos voltados para o segmento idoso. Também citam, em diferentes ocasiões, a importância do dinheiro, priorizando, contudo, a estabilidade dos vínculos.

3.1.3 Grupo Vivência

A gravação de uma das entrevistas foi totalmente perdida, pois a depoente, à medida que se expressava, ia demonstrando uma angústia profunda, abaixando o tom da voz e se afastando do microfone. A gravação do único homem entre os idosos entrevistados ficou prejudicada, devido à hiperatividade do depoente.

A idade dos depoentes variou entre 64 e 82 anos, sendo este o grupo de maior escolaridade: nível universitário. Os quinze depoimentos serão designados de Viv1 a Viv15.

Em relação à concepção de saúde

A aceitação das alterações físicas é vista como um passo importante no processo de envelhecimento.

Saúde, para o idoso, é a gente ter que aceitar. Logicamente, ele não quer mudanças físicas, mas [precisa] aceitar a idade como um fato: então muda[mos] a vida e aproveita[mos] ao máximo as belezas da nossa idade. Eu acho que temos experiências maravilhosas que podemos passar para os nossos netos. Eu não trocaria a minha idade, não. Eu estou feliz com 77 anos. (Viv2)

A mesma depoente aponta as conseqüências da não aceitação da idade e a interferência dos fatores econômicos e afetivos na prevenção de fatores relacionados ao envelhecimento.

Ele [o idoso] não faz medicina preventiva de jeito nenhum [...] A baixa renda do brasileiro: hoje em dia a medicina é cara, e ele realmente tem muito a que recorrer para se cuidar. E o terceiro aspecto é o descaso que alguns idosos percebem por parte de alguns familiares. (Viv 2)

Eis outra fala que incorpora a importância da prevenção.

Eu sou muito desleixada comigo [...] Fiz um papanicolau faz uns vinte e tantos anos. Nunca mais fiz uma mamária. Agora estou querendo fazer. É assim: não vou em médico, sinceramente... (Viv9)

Cuidar da saúde implica ficar atento à alimentação, mas para isso há que ter renda adequada.

Acho que é boa alimentação. Se eu não tenho condições, meus filhos me ajudam e tal. Mas quem não tem, está muito difícil. Porque com o salário está difícil demais. Então, ou você mora, ou você come. (Viv10)

E completa:

Lazer, eu acho que lazer também é saúde. (Viv10)

Como se vê, há mais uma vez um descompasso entre a imagem social do acesso dos idosos aos serviços de saúde e sua própria vivência.

Ah, eu acho que o idoso tem que ser mais bem tratado, porque tem certos lugares aí que não tratam direito os idosos [...] Eu, graças a Deus, tenho convênio, tenho bons médicos. Me trato aqui também, graças a Deus está tudo bem. (Viv3)

A depoente elenca categoricamente um fator que interfere na saúde.

Eu acho que a morte, não é? (Viv 3)

Reconhecer as mudanças não significa se assustar frente a elas.

Eu acho que é ter disposição para tudo, dentro do limite da idade, é claro. E não ser tolhida: isso eu posso, aquilo não posso, isso não faz bem, aquilo lá [sim]. Isso aí, para mim. Eu, graças a Deus, posso contar que tenho saúde, porque faço tudo o que eu quero. (Viv6)

A partir dessa constatação, é preciso tomar algumas medidas.

Saúde, acho que vem desde o começo, para mim. Seria a pessoa aceitar a sua idade, controlar-se a si mesma, para poder acompanhar alguma coisa que se apresenta. Se a pessoa vai tendo alguma coisa, já ir vendo para não deixar para última hora, acumular as coisas. (Viv14)

Para esta outra entrevistada, saúde é ser ativa apesar das limitações. Mesmo tendo quebrado a perna, continuou suas atividades.

Para estender roupa, o varal que dava para baixar, eu continua estendendo; o que não dava, eu tinha que subir no banco. Uma vez eu tentei, mas quase que eu caio. Eu saio correndo para fazer as minhas coisas. (Viv11)

A comparação com a mãe idosa é que lhe dá a dimensão do que é saúde.

Como minha mãe, que está com 84 anos, não está enxergando direito, porque quando ela podia fazer tratamento não quis e agora está esclerosada [...] Agora só fica perturbando: faltam cinco minutos para o meio-dia e [ela] já quer almoçar. Essas coisas assim... (Viv11)

A mesma depoente identifica mudanças e, ao identificá-las, põe imediatamente outra atividade no lugar.

Agora eu acho que estou ficando mais lerda no serviço. Antes eu fazia tricô; fiz manta para os outros... a moça veio buscar e não me pagou até hoje, já faz um ano que não me paga. Antes eu pensava assim: se eu não sair, eu faço isso. Agora eu não tenho tanta vontade de fazer. Agora eu vou indo para aula de costura. (Viv11)

Se as atividades não são para si, são voltadas para o cuidados de vizinhos idosos.

Todo mundo fala para mim: Outra vez na rua? Porque de dia é difícil me encontrar em casa. Se eu não vou fazer compras para mim, tem duas de idade lá no prédio... uma com 88, outra com 85. Vou fazer compras para elas. O que precisar fazer, receber aluguel, ir no médico, eu vou. Outro dia, eram nove horas da noite e eu estava correndo com elas para o hospital; se ela liga que vai ter alta, eu vou buscar. Eu que internei, eu que tenho que ir buscar, não é? (Viv11)

Há uma expectativa da ausência de sintomas.

Saúde, para o idoso, eu acho que é quando a gente não sente nada. Mas infelizmente eu sinto. Eu acho que, quando vai chegando a idade, a gente vai sentindo uma dor aqui, uma dor ali. Eu tive problema de reumatismo, tive problema de coluna que me prejudicou muito. (Viv8)

Mas investigando um pouco mais, descobrimos que não é atual essa indisposição física.

Ah, problema de coluna acho que eu tinha uns 38, 39 anos, quando comecei a sentir. Mas aí eu fazia tratamento para reumatismo, os médicos não achavam que era coluna, sabe? Me doía muito os braços e aí quando não tinha mais nada para tomar para reumatismo, aí eles mandaram fazer uma radiografia da coluna, e o problema era todinho da coluna. (Viv8)

Continuando a investigação, levantamos a hipótese de que talvez seja um reflexo do modo de vida na infância, e que as dores reflitam algumas mágoas.

A minha infância não foi, assim, uma infância de criança. Já foi infância de adulto, sabe? Os pais achavam que a gente tinha que fazer, podia fazer. Tinha que carregar peso: quem não pudesse apanhava e carregava. E eu acho que foi tudo isso que me prejudicou a coluna. Eu morei no interior, meus pais eram pobres, tinha que pegar lenha no mato e eles faziam a gente trazer. Às vezes lenha pesada, sabe? Aqueles troncos que caíam, tínhamos que arrastar até em casa. Então, tudo isso me prejudicou a coluna. (Viv8)

Parece que, além da coluna, as vivências infantis marcaram também sua “alma”. Vejamos o que mais ela nos relata.

Eu acho que marcou muito, esses pesos todos que eu carreguei na infância. Eu acho que não devia ter carregado, porque hoje em dia, a gente não deixa os filhos da gente carregar. E também o último filho da minha mãe era eu que carregava. Minha mãe não podia, ela tinha outras coisas para fazer, a família era grande. Então eu carregava, foi abaixo de mim. Então, eu tinha uns cinco anos e carregava ele. Naquele tempo não tinha calcinha plástica, era só uma fraldinha, um shortinho que [se] punha na criança. Então eu vivia molhada também, de xixi. A gente foi muito judiada. (Viv8)

E acrescenta, relatando também a sensação que ficou.

Eu ficava sentada na cadeira, ele me fazia xixi, então me molhava na frente, atrás, e não podia trocar de vestido, não. Tinha que ficar com o vestido. E ali vinha outra xixizada, e ia até à tarde. Não tinha direito de brincar, de nada, às vezes nem de levantar da cadeira, porque aí derrubava ele, não é? Porque eu era muito pequena! Tudo isso marcou muito, essa foi minha infância. (Viv 8)

Outra depoente aponta o sofrimento físico como sinônimo de ausência de saúde.

Saúde é ficar tranqüila, sem sentir dor, que eu detesto sentir dor. E ultimamente, sei lá, é só dor, eu faço todos os exames e dá tudo normal. (Viv 4)

Ao dizer que não tem uma definição pessoal, talvez esteja chamando a atenção para vários elementos que compõem o que é saúde.

Olha, minha [definição de saúde], pessoal, não tenho não. Eu li num jornalzinho da terceira idade que ter saúde quer dizer estar física e mentalmente... eu tenho um pouquinho falta de memória, mas a pessoa não estar doente, estar fisicamente e mentalmente bem, emocionalmente bem. Quer dizer, ter saúde não é ter doença assim, grave. Não ter nenhuma doença eu acho muito difícil. (Viv5)

Preocupações com a família interferem na saúde.

Não sei se você está perguntando no geral. No meu caso, seria assim: eu me envolver nos problemas dos meus filhos, que eu sei que não são meus, mas eu, por uma característica minha, me envolvo, não é? Então, eu ainda não aprendi a separar as coisas. Quer dizer, eu não posso ser o que eu não sou. (Viv5)

Eis uma definição que descarta todas os elementos levantados até agora.

Saúde é tudo, a pessoa que não tem saúde, nossa, pode ter dinheiro, pode ter amor, pode ter família que nada está bom. (Viv12)

Uma entrevistada relata que a sua percepção do que é saúde veio junto com a doença.

Eu vou dizer para a senhora sinceramente, eu agora é que estou usando médico, porque até o ano passado eu nunca precisei, gozava de boa saúde. Mas aí, resolvi fazer um chek-up, uma série de exames e deu a diabete. (Viv13)

Devido ao alto grau de agressividade da entrevistada, eis um depoimento bastante tenso.

Não importa a saúde do idoso, importa a saúde do ser vivente [...] se ele teve uma vida farta, uma vida boa, o idoso é um idoso tranqüilo. Agora, se lutou, trabalhou 24 horas e hoje tem os atropelos da vida por culpa do país, não é culpa do idoso. (Viv7)

Uso e desuso do medicamento relativo à saúde

A medicação é vista como benéfica e também como suporte moral.

Quando ela é realmente necessária e quando o idoso tem necessidade psicológica. Porque às vezes uma pastilhinha de açúcar tem importância para ele. É uma coisa absolutamente inócua, mas é um remédio que ele está tomando. Quando chega a este ponto, eu acho que a medicação é benéfica. (Viv2)

Não é separada de outros apoios e tem a conotação de prolongamento da vida.

E acho que um bom tratamento, um bom médico, remédios adequados para as pessoas viverem mais. (Viv3)

Acha que o remédio não ajuda a tratar o seu mal-estar.

Pressão alta é quem está com pressão lá em cima. Ela chega a 14, conforme o que eu como, ou quando eu passo muito nervoso. Eu acho que estou tomando esse remédio de pressão sem necessidade. Não sei, não estou diagnosticando, mas eu acho que alguma coisa não está certa. Agora, dois remédios que ela suspendeu, ela suspendeu porque leu a bula. Um que ela me deu, subiu a pressão! (Viv4)

Dúvidas em relação à eficácia dos medicamentos e à possibilidade da sobrevida na velhice para quem se trata interferem na continuidade das prescrições medicamentosas. Tais questões parecem adquirir maior intensidade, sendo relatadas com emoção, a partir do adoecimento de um parente próximo.

Olha, eu não sou muito crente no remédio. Eu sou uma pessoa que lê todas as bulas do remédio. Por mais que eu considere o médico, eu leio. Então a gente vê que tem efeitos colaterais, então eu fico em dúvida, não é? Mas também, quanto ao meu problema, porque eu tenho alergia na pele, crônica. No desespero, se nada resolve, eu passo a acreditar naquilo que o médico passou. Eu procuro fazer tudo direitinho; ele mandou passar uma pomada agora, [faz] quinze dias. Eu até vou escrever na caixa o dia [em] que comecei a levar a sério. Mas, ou por forças da circunstâncias, ou porque eu esqueço alguma coisa, nem sempre eu acato a recomendação médica. Eu acho que o problema está comigo também, não está só no médico, não é? Então eu acho que eu não tenho muita confiança no remédio, não é? Eu acho que é mais da gente mesmo, quer dizer, a gente lê que a doença é a gente mesmo que faz. Aí, eu não sei se acredito muito nisso. Uma irmã minha, certinha, faz tudo direitinho: regime, hidrogenástica, RPG. E ela foi internada agora, duas vezes, então isso me abalou muito, porque ela tem idade, não é? Mas eu achei que ela ia ter uma velhice assim, tranqüila, sei lá, ia morrer de velhice, porque a gente decai mesmo, não é? Isso aconteceu esses dias, ela saiu do hospital anteontem, então está me abalando muito. Ela vai ter que tirar a vesícula, na minha cabeça uma pessoa que se cuidou... Ela não come fora, eu como fora, por quilo. Eu sou preguiçosa para cozinhar, eu não deixo o doce de jeito nenhum, quer dizer, eu posso morrer, mas eu tenho vontade de comer

doce, e eu como. Então, eu me pergunto: será que... Você me desculpe eu estou falando muito. Eu acho que a gente deve vir programada, não sei, algo superior, eu não sei se é Deus. Sei lá quem é que manda, como se fosse um computador, um programa. Você vem programado para aquilo, para passar aquilo. Então seria o seu destino, eu não acredito no livre arbítrio. O homem pode ser feliz? Quer dizer, a gente pode ser feliz até que ponto... Desculpe, mas eu tenho dúvida. (Viv5)

A medicação pode estar sendo prejudicial:

Quando não é necessária ou quando o idoso tem um problema que aquele remédio não serve. Porque às vezes a gente toma um medicamento para determinadas coisas e o medicamento faz mal; troca o medicamento e tudo bem. (Viv6)

Idéias pré-concebidas com relação ao medicamento.

Então, quando eu tomo remédio para o fígado, ele é amargo. Para o fígado o bom é o amargo, [mas] ataca os nervos. Quando tomo remédio para os nervos, ataca o fígado. (Viv1)

Em contrapartida, outra usuária discorre sobre a interferência da autoprescrição da dosagem da medicação no seu bem-estar físico.

Quando realmente é necessário faz bem, não é? Eu, por exemplo, tomo Strugeron, por causa da circulação e porque tive uma labirintite. Um dia resolvi que não ia mais tomar [...] Aí comecei a sentir umas certas ausências: eu ia num lugar e não sabia onde estava. As pessoas conversavam comigo e eu não entendia: ouvia bem, entendia as palavras, mas não entendia o sentido. E sem querer comecei a tomar os remédios outra vez [...] Então, o remédio para mim é essencial. Só que agora eu não tomo assim, diariamente. Eu tomo cada dois, três dias e estou me sentindo bem. (Viv6)

A impressão negativa provocada pelo aumento da dosagem ou pela alteração do medicamento é relatada.

As grandes doses... Eu não gosto de tomar quando aumenta a dose do remédio [...] Eu estou muito feliz com a minha médica; ela queria me passar para a insulina, a minha diabete está alta. Mas eu pedi um tempinho para ela, para ver se eu consigo baixar a minha diabete. Faz tempo que ela está alta e não abaixa. Então ela aumentou a dosagem do medicamento... Se eu puder evitar de passar para a insulina e continuar com comprimidos, eu acho melhor para mim. (Viv8)

Outra entrevistada, apesar de achar a medicação necessária e os médicos, bons orientadores, não esconde que se automedica.

Se realmente é necessária, o médico viu que precisa mesmo. Os médicos sabem o que estão receitando. Eu penso que se medicar por conta própria, se for um remédio forte, acho que ninguém deve tomar. Como eu, já tive uma dor na coluna violenta. Já tive diversas crises. Já fui em médico, também. Eu também tomo remédio por minha conta, viu! Voltaren comprimidos, mas só isso. Nunca tomei remédio para outra coisa, sem necessidade. (Viv9)

Mas ressalva:

Eu acho que se a pessoa tiver uma dor assim, e tomar um remédio muito forte, um antibiótico, [ela] não deve. (Viv9)

O medo da automedicação.

Olha, eu sou muito difícil de tomar remédio. Só mesmo se tiver muita [necessidade], se o médico me receita. Mas a única coisa que eu tomo assim mesmo, sem receita médica, é um comprimido para dor de cabeça, se eu vejo que não estou bem. Mas de resto eu tenho muito medo. (Viv10)

A observação da atitude de familiares parece ter colaborado para o cuidado em relação à automedicação.

Os meus sogros moravam em Jundiá, então era assim: se uma pessoa estava numa fila e falava de um remédio eles já iam comprar o remédio. Então a gente falava: Não é assim, não é verdade, as pessoas não tem a mesma [necessidade], não é? Então, nesse ponto eu digo: Você tem que tomar muito cuidado. (Viv10)

Há uma explicação para o por quê de se evitar os remédios.

Eu acho que tomar remédio por conta própria vicia. E gente que não toma muito remédio, quando não está com uma dor de cabeça, toma, eu acho que aquilo resolve logo. Mas se toma muito, eu acho que não faz tanto efeito. (Viv11)

A depoente reconhece em sua mãe a resistência em seguir as orientações médicas.

Por exemplo, a minha mãe. Agora que está esclerosada... se tivesse se tratado no começo, eu acho que estava bem melhor. Porque agora eu acho que não tem mais jeito. Quando ela veio para a minha casa, ela tinha que pingar colírio, mas ela guardava. Eu comprava, mas valia só por um mês. Ela pegava, guardava, não achava mais. Quando achava, já estava vencido. Então eu falei: Não adianta pingar mais! Então, eu acho que se minha mãe tivesse [se] cuidado antes, não estava desse jeito. (Viv11)

Alimenta-se, porém, a esperança de que o diagnóstico de perda de memória possa ser revertido e de que haja uma medicação que beneficie este quadro.

Se tivesse efeito, sim. Mas diz que não tem remédio: são células que vão morrendo e diz que não nascem outras. Será que é verdade? (Viv12)

Atribui o esquecimento de tomar a medicação somente à vida ativa que tem, não estabelecendo nenhuma relação com o temor frente aos recentes sintomas que surgem inesperadamente.

O ano passado é que começou a alterar. E depois começou a sair muitas varizes; - eu não tinha, não é? Estourando varizes pela perna inteira, circulação difícil. Sei lá quanto tempo vai durar! Aí a doutora receitou Daonil, mas menina, eu esqueço de tomar esse bendito remédio; tem que tomar um de manhã e um à tarde. Sempre de manhã, eu tomo, de tarde, eu esqueço [...] Porque eu trabalho demais. É muita correria: eu atendo meus hóspedes, aí conversa com um, vai ver uma coisa, vai para outra. Serviço de banco eu mesmo que tenho que fazer, eu esqueço... (Viv13)

Mas atribui à postura dos outros frente à velhice as causas do mal-estar emocional, crendo que a vivência e o remédio possam suprir esse desconforto.

Olha, eu acho assim: o idoso, por mais dinâmico que seja, como no meu caso que trabalho e tudo, existe preconceito do povo contra o idoso. Eu sinto que depois que eu envelheci, eu comecei a sentir isso com a própria família. E a senhora vê que eu tenho idade, mas não é essa!!!! E isso traz muita angústia, eu tenho crises de angústia terríveis. (Viv13)

Uma entrevistada descreve o que é cuidar-se “rigorosamente” (*sic*) e como, com isso, sente estar garantindo o seu bem-estar.

Rigorosamente, para mim, é seguir a instrução do médico: tomo medicação na hora certa e no tempo certo [...] Também faço exercícios aqui, cuido da alimentação. Me faz muito bem. Eu estou ótima. (Viv14)

Conhece muitos idosos que tomam medicação sem orientação, mas que depois de sistematicamente alertados têm evitado a automedicação.

Ah! Isso eu não posso garantir. Eu acho que agora ninguém mais, porque todo mundo está bem esclarecido. Ninguém está fazendo isso. São tantas recomendações que a gente ouve. Acho que ninguém faz mais isso, não é? (Viv12)

Sugestões para benefícios da saúde

Os temores em relação à velhice abandonada aparecem na sugestão de um espaço seguro para a velhice.

Por exemplo, se eu fico doente, não tenho ninguém que me possa cuidar. Até tinha vontade de entrar num lugar como em Piracicaba [...] Nesses lugares, a gente pode fazer um quarto e cozinha e morrer lá. (Viv1)

Relata os benefícios dos serviços do centro de convivência, equiparando-os aos serviços de saúde e propõe estendê-los aos velhos tristes e abandonados.

Assistência médica em primeiro lugar. Para todo mundo igual. O centro de convivência eu acho uma coisa maravilhosa, porque a gente convive com pessoas da mesma idade; não há centro de convivência triste. Eu estou justamente chegando de um congresso, na Bahia, um congresso da terceira idade, e era uma alegria contínua. Todo mundo alegre, todo mundo cantando, todo mundo rico. Eu não vi nenhum velho triste. Então a convivência é muito importante. Depois, proporcionar viagens, proporcionar lugares para eles ficarem com muito carinho, não só coisas físicas, mas muito carinho. Eu vejo que o idoso é carente, não só de coisas materiais, mas principalmente de assistência, de carinho, de atenção. Não é comigo, eu tenho dois filhos maravilhosos. (Viv2)

Há uma demanda pessoal.

Eu tomo insulina para controle e tomo também para pressão e Supradim: três comprimidos por dia. Minha vida é essa... passeio, minha filha me leva para passear. Viajo, graças a Deus. Mas eu gostaria de não tomar mais insulina todo o dia, estou cansada. Hoje já tomei; duas vezes por dia: de manhã e à noite. (Viv3)

Eis uma solicitação para “aqueles” outros velhos.

Que ajudassem mais os idosos, para que tivessem uma vida de mais conforto, que comessem melhor. [É] isso que eu tenho para sugerir. (Viv3)

Falando do velho empobrecido.

Por isso que eu digo que o idoso precisa, o idoso carente, não é? O que está na rua, por exemplo, a gente vê muitos idosos na rua. Ter um amparo, uma casa onde ele poderia ter alimentação, medicação, médico para cuidar, e também dar um pouco de alegria para essa gente. (Viv13)

Ela se propõe a colaborar.

Eu acho que a pessoa idosa que não tem bens, que não tem uma aposentadoria, que não tem um ganho. Eu até sugeria que tivesse uma casa para idoso e eu colaboraria, dava uma colaboração. Se eu tivesse muito dinheiro, em vez de eu alugar para o pessoal, eu alugava só para o idoso. (Viv13)

Para outra depoente a moradia para idosos garantiria a independência deles; ela própria se incluiria nessa casa divertida.

Aí eu fazia uma casa, uma casa só para nós, com fogão, com tudo que nós temos direito. Só nós [do grupo Vivência]. (Viv4)

Mas, antes garantiria a sua autonomia pessoal.

Ah! [um lugar] onde eu mandasse, porque eu não seria mandada. Isso é importante. Onde eu mandasse, onde eu ajudasse. Enquanto eu estiver [bem], quero me mexer: cuidar, limpar. (Viv4)

Priorizam-se, contudo, as demandas familiares.

Em primeiro lugar, eu iria dar um dinheiro para o meu filho, se o F. quer mudar de apartamento, se C. quer mudar de casa, se P. quer um apartamento para ele, quer abrir um negócio. (Viv.5)

E só depois, talvez até contraditoriamente, pensa-se em preservar a independência do idoso.

Quer dizer, nunca deixaria o idoso ficar sem fazer nada, não; eu acho que o idoso tem condições de gerenciar a própria vida lá e ajudar no que mais precisa. (Viv5)

A partir da constatação de angústias relativas ao receio de doenças consideradas da velhice, propõem-se atividades de lazer para o idoso.

Como eu acho que o idoso tem um pouco de mania de doença, eu acho que seria [preciso ele ter] atividade. Se o idoso tem uma atividade, ele tem menos tempo de pensar em doença, e talvez isso ajude muito. Infelizmente, aqui nós não temos isso. O idoso que não tem problemas financeiros pode viajar, mas o outro idoso, mal dá para viver... (Viv5)

A mesma entrevistada ambiciona morar num lugar que propicie uma rotina calma e com lazer.

Assim, para melhorar a minha saúde, eu gostaria de ir para uma cidade pequena, uma cidade que não tivesse muito movimento e que a gente pudesse viver mais sossegada. E passear, não é? Eu gosto muito de viajar. Adoro viajar. (Viv5)

A partir da própria experiência, sugere um atendimento de emergência mais atencioso.

Uma vez sofri um acidente: eu fui subir na máquina de lavar roupa para limpar em cima de um armário, e ao descer, eu escorreguei, caí e bati a costela na beirada da pia. Fraturei três costelas. Fui lá [no pronto socorro], e é aquela demora; a gente não tem nem como respirar. Aí passei pelo médico para tomar injeção, devia ser Voltaren. Era para tomar lá mesmo, mas demorou tanto que eu saí de lá e fui tomar numa farmácia. Eu acho que podiam atender um pouquinho mais rápido. Era tanta dor. Eu não operei a catarata lá no Hospital do Servidor, mas no Hospital D. Pedro, porque lá não tinha [...] Foi maravilhoso. Minha cirurgia foi maravilhosa. (Viv9)

Sintetiza e volta o discurso para aquilo que pode acentuar os conflitos familiares: a falta de dinheiro.

Hospital, lazer, convivência com todos. Às vezes, as brigas que existem é mais por falta de dinheiro: com casais, com tudo. Então, eu acho assim: você tem dinheiro, não é felicidade, mas que ajuda bastante, ajuda. (Viv10)

Outra depoente registra uma vivência boa de atendimento de urgência para familiar, mas critica as restrições de acesso.

Eu acho que precisa ter mais médicos para cuidar. A minha mãe levou um tombo, eu levei nas Clínicas e [ela] foi muito bem atendida. Chegamos lá, já vieram com cadeira de rodas e [ela] já foi lá para dentro. Aqui também eu venho, só que para me cadastrar e ser atendida daqui a um mês. Então, eu acho que precisa ter mais médicos para cuidar bem da gente. (Viv11)

Há quem chame a atenção para a necessidade de recursos financeiros a fim de ter acesso ao medicamento.

Importante, para mim, é ter o remédio gratuito. Além da consulta, o remédio. Porque, às vezes, o idoso, chega ao médico, e é gratuito. Ele foi consultar e não tem dinheiro para comprar o remédio. (Viv14)

Já esta outra entrevistada investiria no que já vem sendo feito, destacando as mudanças contemporâneas frente à velhice.

[Seria preciso] mais atenção dos órgãos responsáveis pelo idoso. Que agora, ultimamente estão dando bastante atenção. Antes não era assim. O idoso estava relegado a segundo, terceiro plano. Ninguém ligava. Hoje... (Viv12)

Profissionais que melhor atendem as demandas relativas à saúde

Quando não há premência de atendimento específico, o generalista pode, aparentemente, intermediar o acesso a esse serviço.

Eu sempre começo por um clínico geral, depois ele encaminha. Mas eu, há muitos e muitos anos, não tenho necessidade de um clínico especializado. O clínico geral resolve todos os meus problemas. (Viv6)

Uma série de médicos atende as necessidades físicas.

Eu tenho cardiologista no Hospital Samaritano, tenho o Dr. J., aqui no Ibirapuera. Também tenho oftalmo na Lapa, na Lapa e aqui na Paulista também. Graças a Deus, eu tenho bons médicos. (Viv3)

Mas o vínculo parece ser priorizado. Uma determinada médica receitava menos remédio, escutava e orientava mais.

Olha, até hoje, falando francamente, eu só peguei uma doutora que agora está em Ribeirão Preto. Só ela, conversando comigo, qualquer remédio, o jeito que ela fazia com a gente já parava. Ela tinha uma paciência, ensinava ginástica, eu nunca vi isso! Outro olha na sua cara, receita um remédio, vai voltar lá daqui a um mês [...] Ela orientava mais o que eu tinha que fazer e menos remédio. Eu tenho problema de o organismo não aceitar o tipo de remédio. Ela suspendia na hora. Dava um mais fraquinho e nunca tinha nenhum problema. Ela foi embora, e pronto, acabou a minha saúde. (Viv4)

Pleiteia um diagnóstico mais cuidadoso.

Eu gostaria de fazer um exame, [que] me mandasse num neurologista para ver essa dor de cabeça. É minha opinião. Sei que a saúde pública está lá em baixo, mas... (Viv4)

E se indigna com os termos que o médico usa para designar o sofrimento que relata.

Mas quando ele falou da minha cuca, eu fiquei... Eu disse: Como o senhor sabe? Eu sei que eu sou nervosa, ansiosa, sei lá. Se ele falasse: "Vou dar um calmantezinho [por]que a senhora é nervosa, eu ia aceitar porque sei que eu sou. Mas ele não fala isso. Agora, eu vou pedir para ele: Doutor, dá um calmante, dá um relaxante, que eu acho que eu vou me sentir bem? Que eu acho que também estou precisando disso. (Viv4)

Atraída pela fama de bom atendimento, outra depoente procura o centro de saúde.

Ouçó falar muito bem da geriatria daqui, mas parece que acabou este ano, então tem só o grupo de Vivência. Veja, eu estou Tateando, estou vendo, estou sentindo, estou procurando, e o Hospital das Clínicas é muito mais perto de mim. Eu tenho muito mais amigas aqui, facilitaria muito mais, além do que a minha filha também acha que a enfermagem tem mais limpeza. Quer dizer, desde que você caia aqui, nem que seja no quarto andar ou lá no subsolo, é um atendimento bom melhor do que em muitos hospitais onde você teria acesso. (Viv5)

Outra entrevistada aponta a boa qualidade do atendimento no hospital público, levantando a hipótese de que a maneira como se trata os profissionais reverte em uma prestação de serviço mais cuidadosa.

Eu me operei no Hospital das Clínicas, fui muito bem atendida pela ortopedia: professores, médicos, enfermeiras. Olha, amigos meus que operaram [em hospital] particular voltaram a operar porque não estavam bem e, graças a Deus, faz doze anos que operei lá. Eu não sei, porque quando você vai para um lugar tem que ser educada. Porque às vezes você vai achando que só porque paga impostos, eles estão ganhando, têm que te atender. Aquelas coisas, né? (Viv10)

Salienta a formação dos profissionais que encontra nesses serviços.

Ah, eu sempre fui muito bem atendida por esses médicos. Eu sempre dei muito valor para um professor... (Viv14)

Novamente a geriatria é nomeada.

Na velhice tem que ser o médico geriatra. (Viv.11)

Surge a demanda por um profissional da área de humanas, determinada por um sofrimento particular.

Bom, no meu caso, a melhor coisa foi a psicóloga. Eu estava lá no fundo do poço, sabe? Muito triste, e ainda estou. Agora é que eu estou soltando um sorriso; há dias que eu não tenho vontade de rir. E é [por] isso que eu acho que ela me faz bem. E esse trabalho de terapia corporal que ela dá está me fazendo bem. É a médica que eu gostaria de procurar, apesar dela estar só fazendo o trabalho, não é de conversar. Foi a assistente social que me encaminhou... eu sabia que me ia fazer bem porque eu acabei de perder um filho, fez seis meses. Agora, dia primeiro, e ele era psicólogo. Então ele conversava muito sobre os trabalhos que ele fazia, e eu achei que devia procurar [um profissional]. Então para mim está fazendo muito bem. (Viv8)

Outra depoente gostaria de ter alguém para ouvi-la, mas não sabe se deve mexer em suas lembranças.

Nunca procurei, porque se eu for falar assim, também dos meus problemas, todos, tudo o que eu já passei na vida, seria doloroso. Perdi um filho, [o] que é tão doloroso. Já perdi marido, todas essas coisas. Tive probleminhas também com o meu filho. Mas, então, eu não sei se tem que falar dessas partes. (Viv9)

Já esta entrevistada inicia sua fala arrolando os especialistas da área médica de que necessita para atender a seus mal-estares físicos, encerrando-as com indicações sobre a desorganização emocional que essas diferentes demandas ocasionam.

É que eu tenho um problema de labirintite, então tenho, obviamente, problema para sair. Eu tenho problema de tireóide. Acabo de sair de uma operação um pouco séria: fui internada às pressas, estava programada para o dia 6 de março, mas houve um problema, eu deixei de evacuar e precisei antecipar a cirurgia. Quando eu sinto alguma coisa, eu procuro o médico, quando eu sinto alguma coisa que incomode. Não é ao primeiro sinal. Eu acho que para o idoso que está muito sozinho, um acompanhamento psicológico seria importante. (Viv2)

O profissional de psicologia só é nomeado para que as carências do mau serviço da área médica sejam toleráveis.

Primeiro, assistência social médica. A senhora o que é? [...] Psicólogos, principalmente, porque o idoso se sente mal entendido e com acompanhamento de um psicólogo ele se sente melhor. (Viv12)

No entanto, a depoente não passou por nenhuma situação negativa na qual necessitasse de um psicólogo para elaborar essa vivência.

Não, graças a Deus, não... (Viv12)

Uma visão negativa dos serviços públicos em geral, que só é utilizada para acompanhamento médico.

Olha, eu, para dizer sinceramente, a primeira médica que está me tratando é a [médica do centro] Eu nunca precisei, estou precisando agora. Mas o atendimento aqui não é muito bom. Aliás, isso tudo que é do governo: é muita gente e pouco atendimento. Pouca gente para atender. (Viv13)

Quando precisou de profissional de outra área, procurou atendimento particular.

Eu fiz um reforço psicológico, quando eu perdi o meu marido. Porque aí a gente cai numa depressão muito grande. Aí eu precisei, mas particular, paguei as minhas sessões. (Viv13)

Surgiram dados novos, ampliando a análise do tema. Já na apresentação, as entrevistadas citam, junto com seu nome e sobrenome, os nomes de seus familiares.

O meu nome é Viv2, tenho 77 anos, sou viúva há dez anos. Tenho dois filhos maravilhosos, P. com cinquenta anos e a R. com 47, cinco netos: D. com 24 anos, I. com 22, P. com 21, M. com dezoito e P. com quinze. E tenho a graça de ver um bisneto que hoje está com dois. (Viv2)

A atenção que o velho necessita é comparada às demandas de um animal.

Suporte moral, eu acho que é incrível deixar um velho abandonado. Ele precisa de carinho, um animal precisa de carinho, quanto mais um ser humano! (Viv2)

Quando a entrevistadora comenta a cor vermelha do casaco, em contraposição à sua verbalização triste, houve o seguinte:

Essa noite eu pensei que ia morrer... Eu ainda não estou preparada para morrer [...] Eu acho que, pôxa, eu lutei uma vida inteira, agora eu quero um pouquinho para mim. Você acha que eu quero morrer?! Não. (Viv4)

Confidências são feitas aos profissionais.

[Medo] de precisar operar de novo, de ser um negócio que se estenda, sei lá. Eu tenho esse receio, mas não falei nada para ninguém. Ninguém sabe, nem meu filho. Eu estou falando para você, porque eu sei que falou aqui, aqui morreu, não é? Eu sou muito de perguntar assim, para o médico. Porque ele fez aquele juramento: aqui se fala, aqui se conserva, não é? (Viv5)

Eis como uma idosa define a velhice.

A gente quando envelhece perde a imunidade [...] Então, agora perdendo a imunologia [sic] o vírus de vez em quanto aparece; alguma coisa no organismo se ativa e vem. (Viv5)

Por que prefere os serviços ligados às faculdades.

Mesmo que ele não esteja ganhando nada na consulta ele tem outra [...] ele vem da Faculdade de Saúde Pública, que eu nem sei direito como que é: se eles são médicos daqui, ou se fizeram faculdade de medicina, ou se eles fizeram residência no Hospital das Clínicas. Mesmo o rapaz que me atendeu no HC para radiografia, que deve ser residente, tem outra postura. Quer dizer, é mais humano, parece que olha para você, assim, com... desculpe falar, não sei se eu tenho razão ou não. (Viv5)

Sobre os cuidados que toma, não necessariamente pelo fato de ser idosa.

Eu tenho uma vida muito aberta, muito sossegada: dou aula, saio, passeio. A única coisa que agora eu faço, e que a maioria dos habitantes não faz, é sair à noite. Mas se eu tiver alguém que venha me buscar e me traga, eu topo tudo. São só cuidados. Eu ando, eu viajo sozinha, não tenho problemas. (Viv6)

Chama a atenção como várias idosas respondem à pergunta sobre escolaridade, desculpando-se pelo pouco tempo de estudo.

Quarta série, só. (vários Viv)

É interessante a posição de igualdade em que um ou outro depoente se coloca.

O médico perguntou se eu moro com eles; eu falei: Não sei, nós moramos juntos. O apartamento está no nome dele, mas eu entro também com a aposentadoria, então estamos juntos. São solteiros, estão desempregados. Então está meio difícil, não é? (Viv9)

A noção da disponibilidade de tempo é referida em contrapartida à da falta de tempo dos profissionais.

Então, eu não vou te dizer que não demore, porque para me operar eu levei bastante tempo, tinha que fazer radiografias. Só quando a minha perna travou, aí não teve mais jeito, o médico me internou. Levei quinze dias para fazer essa operação, a falta de tempo dele: tem congresso, têm tudo que fazer. Mas tempo é o que a gente tem, não é? (Viv10)

Outra depoente queixa-se da falta de respeito com o idoso e da necessidade de solidariedade, contudo é contra medidas extremas.

Meu marido é boliviano, eu fui para Bolívia, mas lá [os idosos] são bem tratados, muito bem: têm respeito por nós, que aqui não tem [...] Agora mesmo eu vinha vindo no ônibus, ia uma mocinha no assento dos idosos. Sentada, ela olhou para onde eu entrei, como quem diz: “ Eu não vou dar lugar”. Quer dizer, ela não aceita o que está escrito. Não respeita, não dá o lugar para quem tem que dar. Porque as pessoas nesses países, levantam e dão o lugar para a pessoa de idade [...] eu não aceito saquear lojas. Eu não aceito vandalismo, porque o governo é muito bom. (Viv14)

Embora muito magoada com o preconceito que diz sentir depois que ficou velha não reage, suspeitando das suas próprias intenções com esse gesto. Relata as falas que a ofendem.

Falam assim: “Pé na cova, tia, você já está com o pé na cova”. Isso entristece muito. Um desrespeito, né? [...] sugerir para fazer trabalho voluntário, eu gosto do meu trabalho na pensão [...] A gente vê que, quando vai num lugar, não tem aquele respeito pela pessoa idosa, mesmo dentro de uma condução: quem está no lugar das pessoas idosas tem que sair [...] Sei lá, eu fico com vergonha de falar: Sai, aqui é meu lugar. Porque, vai ver, eu quero ser jovem também, não é? Mostrar que ainda posso ficar de pé. (Viv13)

A entrevistada, extremamente furiosa, faz observações carregadas de emoção.

Infelizmente eu sou aposentada, eu vivo dessa miséria que o governo nos dá. E sou obrigada a trabalhar doze horas. Eu estou a beira... do hospício [...] Eu estou mal e não tenho um psicólogo na cidade de São Paulo, sendo que eu trabalhei tantos anos. É só isso que eu tenho a dizer, e gostaria que muita gente soubesse disso que eu estou falando. (Viv7)

A mesma entrevistada relata como se sente, atualmente.

Agora ficam falando aí dos idosos: “Vamos pôr ferrinho no banheiro, faz bem para o idoso pôr [anti]derrapante”. Idoso ou jovem é a mesma coisa. Eu não me sinto com setenta anos, para mim eu tenho quinze. Só que abandonada pelo país, tá! Abandonada não, porque eu não estou mendigando. Eu toda a vida trabalhei. (Viv7)

E como se sente ao participar do grupo do centro de saúde.

Aqui muito em segredo, eu estou aí obrigada, porque eu não gosto desse ambiente aí, não. Eu não sou velha, entendeu? [...] Um idoso para o outro faz mal. Tem que ter um idoso e dois jovens. (Viv7)

Revisitando as interpretações do grupo Vivência

No meu ponto de vista, há diferenças entre o grupo Vivência e os demais. Este é uma verdadeira porta de entrada para todas as demandas relativas ao envelhecimento. Após a triagem e a partir da participação no grupo, as necessidades vão ficando mais claras e novos re-encaminhamentos vão sendo realizados.

Foi também nessas entrevistas que a posição dos idosos mostrou-se sobreposta ao recém-adquirido discurso dos profissionais. A importância das recomendações relativas à alimentação, ao lazer e à prevenção de doenças é verbalizada com frequência, mas nem sempre elas são seguidas.

Só neste grupo o temor da finitude apareceu mais explícito: um fator citado, determinante para a saúde, é a morte. As entrevistadas investem na prevenção, porém sem muita convicção, têm exemplos próximos de pessoas rigorosas no autocuidado mas que de repente adoeceram gravemente.

A disposição física, permitindo o ir e o vir e a ausência de dor, é vista como uma atribuição de quem tem a saúde preservada.

Para algumas depoentes, o medicamento é entendido e recebido como uma possibilidade de introduzir tranqüilidade na vida de um idoso; para outras, essa perspectiva impede a aceitação das orientações médicas. Aparecem também metáforas relacionando o sabor a efeitos negativos sobre determinados órgãos. O aumento da dosagem ocasiona má impressão.

Neste grupo, a automedicação está integrada no cotidiano dos sujeitos. Há, contudo, ao lado da automedicação, o receio da dependência da droga ou do organismo não responder se necessitar de nova medicação. Essas duas ponderações parecem moderar tal comportamento, possibilitando a reflexão sobre a automedicação.

Há uma cisão entre a decisão pessoal de cada entrevistada em ingerir medicamentos e a adotada por familiares considerados idosos. Nos outros é uma irresponsabilidade que implica uma velhice cheia de perdas físicas, mas essa análise não é entendida como uma perspectiva possível para a velhice das entrevistadas.

A velhice abandonada e mal atendida é um fantasma, frequentemente presente nas falas dos entrevistados deste grupo. Sugestões de casas de apoio para esses velhos são apontadas, mas para as depoentes há necessidade de que as moradias tenham alguns

pré-requisitos. É imprescindível preservar a individualidade, a independência, o comando, a animação e uma programação variada e interessante. No momento, apesar de pertencerem formalmente a este segmento, a preservação da independência não lhes traz essa consciência. Parecem recorrer aos afamados bons serviços do centro de saúde para prevenir a futura velhice, carregada de simbologias negativas.

Gostaria de me ater com mais vagar aos depoimentos que se desviaram dos temas pré-estabelecidos no roteiro, pois nessas falas espontâneas aparecem algumas idéias que enriquecem a interpretação aqui proposta.

A família é de suma importância para esses idosos: se a consideram em boa conta sentem-se fortes para enfrentar o inesperado, mas quando acontece o contrário, ficam depauperados. A fragilidade do idoso abandonado é comparada à necessidade de carinho que um animal tem. Se um animal merece atenção, por que um idoso não mereceria?

Os idosos interpretam a vivência das perdas físicas como rebaixamento imunológico, deixando-os suscetíveis a doenças. A sensação de falta de defesas coincide com uma sensação de miserabilidade, gerando um certo desespero que se acentua com a diminuição do poder aquisitivo.

Ser atendido pelos serviços que tenham vínculo com as faculdades de medicina, mesmo que não se saiba explicar essa relação, pode vir a garantir a atenção incondicional que as entrevistadas pensam poder necessitar num quadro crônico. Afinal, a escolaridade que lhes falta é muito valorizada nos profissionais que a atendem.

As mágoas relacionadas aos abusos de que os idosos são vítimas não os mobilizam para uma organização coletiva. Reivindicar a necessidade de cuidados específicos impostos pelas alterações físicas advindas com o tempo é algo que nenhuma das depoentes menciona.

3.2 Os profissionais

Todos os profissionais entrevistados estão envolvidos com a prestação de serviços aos idosos do centro de saúde, mesmo não tendo especialização na área.

3.2.1 Profissionais que medicam

Os quatro médicos entrevistados não atendem exclusivamente os idosos freqüentadores da instituição: Dra. X, clínica geral, 42; Dra. Z, psiquiatra, 46 anos; Dr. Y, clínico geral, 66 anos; e Dra. W, 51 anos, clínica geral com especialização em medicina nuclear. Destaco a idade, pois me pareceu um dado relevante na interpretação dada pelos depoentes em relação às questões em que foram solicitados a se posicionarem.

Em relação à concepção de saúde

Todos definiram a saúde para o idoso seguindo as indicações da OMS, cada qual salientando diferentes aspectos. As questões emocionais que envolvem o envelhecimento são enfatizadas.

Eu acho que sigo os mesmos critérios da OMS. Quer dizer, o bem-estar físico, social e mental. Sendo que esses dois últimos tópicos, para o idoso, são muito importantes. Porque [com] o físico ele com certeza terá muitos problemas, mas o social e o mental é que devem ser trabalhados, para que eles possam minimizar a parte física. Porque o idoso na nossa sociedade já é meio segregado, na própria sociedade, pela família, ele mesmo já se sente diminuído diante da sociedade de um modo geral. Então um trabalho com essas duas partes assume uma importância ainda maior para o idoso. (Dra. X, clínica geral, 42)

Alguns quadros clínicos têm maior incidência.

Eu acho que não faz diferença por faixa etária... é a definição clássica da OMS... Na minha prática, [o que] a gente encontra mais nessa faixa etária, são sintomas depressivos. (Dra. Z, psiquiatra, 46)

Conhecimentos específicos são necessários para um bom atendimento a pessoas deste segmento.

O geriatra hoje em dia é fundamental porque existe toda uma clínica médica voltada para o idoso. Então a saúde do idoso está colocada entre a saúde dos outros setores, quer dizer, dentro da pediatria, saúde da mulher, saúde do adulto de um modo geral ... é importante, inclusive, pelos novos desenvolvimentos que ultimamente têm havido aí, especificamente para o idoso. (Dra. W, clínica geral, 51)

Os médicos salientam questões físicas peculiares ao envelhecimento, entretanto apontam para a importância da harmonia entre os aspectos emocionais e sociais. Aprofundam essa visão ao especificar o que interfere na saúde do idoso.

Você nota o paciente que vem com o emocional equilibrado, porque eles já chegam dizendo assim: "Ah, isso é coisa da idade mesmo e a gente vai levando". Ele minimiza. Agora, aquele que tem uma carga pesada, emocional, já chega: "Tudo é ruim, nada é bom, eu já não consigo fazer nada de bom". (Dra. W, clínica geral, 51)

Mais adiante, a mesma profissional enfatiza que, aparentemente os símbolos da velhice associados à doença têm maior peso para os idosos do que a gravidade do diagnóstico.

Quer dizer, tem a parte física propriamente dita. Você espera no idoso um maior índice de miocardio esclerose, um maior índice de problemas vasculares cerebrais, você espera, não necessariamente, mas com muita frequência, você tem os diabéticos, os hipertensos, que não são casos tão graves como quando essas doenças se manifestam nos jovens... Mas de modo geral esses problemas incomodam muito o paciente, são muito importantes para eles, mas não são aqueles casos que a gente, vamos dizer, casos graves, a grande maioria na área. Já o aspecto emocional e social neles é muito importante. (Dra. W, clínica geral, 51)

E indica ainda a interferência do poder aquisitivo na perda da autonomia, repercutindo na saúde.

Quando ele está na ativa se sente um ser positivo, socialmente importante; ele se aposenta e já tiram dele esse papel de atuação na sociedade, já diminui muito a remuneração, em termos de dinheiro mesmo. Então, ele às vezes passa a ser até dependente dos seus familiares em programas de lazer, muitas vezes não voltados para ele. São poucos os idosos que ainda vão ao cinema, ao teatro, fazem programas de lazer. (Dra. X, clínica geral, 42)

Para estes profissionais, alterações orgânicas são apontadas como fatores de alteração do equilíbrio, mas chama a atenção nos depoimentos a ênfase dada aos aspectos emocionais e sociais, cujo peso é maior que o usufruir das medidas preventivas.

Olha, todos os casos dos pacientes que acompanho, vejo que o problema social é muito grande: as perdas que acabam tendo nessa faixa etária e problemas com a própria situação da vida [...] Eu acho muito importante as perdas orgânicas, mas na minha experiência o que mais tem são os fatores vivenciais e sociais, dos pacientes que atendo. (Dra. Z, psiquiatra, 46)

As medidas preventivas poderiam minimizar o impacto emocional.

Então, as medidas de ordem profilática carregam em seu bojo as atitudes que permitem comunicar ao idoso um melhor padrão de saúde; hoje em dia estão sendo analisadas para proporcionar melhoras a essa idade, que vinha sendo completamente esquecida. De uma época para cá [ele] começou a ter interesse tão grande quanto o adolescente. (Dr. Y, clínico geral, 66)

A definição de saúde está conectada com questões da modernidade, desestabilizando do modo de vida dos idosos.

No meu ponto de vista, a grande maioria dos idosos chama-se saudade. É a principal doença do século ou do término dos segundo milênio [...] O idoso muitas vezes vem em busca do médico com uma gama de sintomatologias que muitas vezes não se consegue enquadrar em lugar nenhum. Você examina e não consegue justificativa para tanta sintomatologia. Na verdade, o que eles buscam é alguém que o escute, é mais carência afetiva. Eles se sentem distantes de tudo, filhos, netos. Muitas vezes, estão sozinhos, viúvas e viúvos, e se sentem sós, sem ter com quem conversar. Porque nem todo mundo gosta de dar atenção a velho. E é nisso que eu me debato muito: existem doentes sim, que precisam ser medicados, mas a grande maioria, acredito que 90%, é carente, carência afetiva. (Dra. W, clínica geral, 51)

Acolher a carência afetiva produz mudanças no estado de saúde dos pacientes idosos.

E se você lhe dá atenção, ele lhe busca com frequência, conforme necessita. Qualquer probleminha eles vêm e conversam com você, e você passa a ser o confidente deles. E eles melhoram acentuadamente, se você lhe dá atenção [...] Só atenção, já são 80% do êxito da medicação para as patologias ou pseudopatologias que ele traz,, que na sua grande maioria são de origem emocional. (Dra. W, clínica geral, 51)

Uso e desuso do medicamento relativo à saúde

O alívio que a medicação pode trazer é salientado. Os médicos apontam os cuidados em relação à com a automedicação.

Sempre que há uma doença física, a medicação ajuda, como ajuda qualquer outro indivíduo, não é? Agora, a automedicação... (Dra. X, clínica geral, 42)

O desprazer dos usuários idosos na ingestão de medicamentos parece trazer associações com o organismo em declínio.

A medicação vai poder ajudar, desde que possa amenizar sintomas ou resolver um problema de saúde que o idoso está apresentando: algum quadro infeccioso, que tem que tomar antibiótico ou casos crônicos de hipertensão, diabetes, também precisam, para poder controlar. Do ponto de vista psiquiátrico, muitos acabam tendo necessidade de tomar medicamento; quadros depressivos que também podem se manifestar por insônias, mas isso até resolver o problema dele, e depois, a medicação, só se for necessária. Eu vejo uma boa aceitação mas existe um certo preconceito: o idoso toma muito remédio. Os que eu sigo, vejo que eles não gostam de tomar remédio, principalmente paciente que tem problema crônico, que tem que tomar regularmente, problema de pressão, diabete. Eles não gostam de tomar, de seguir dieta. Isso não é visto como algo prazeroso, bom, no sentido de que eles percebem a necessidade para poder ficar bem. Tomam porque é preciso, e com isso não se sentem bem. Eu até acho que deve ter um significado, uma certa limitação. Eles vêem isso muito associado com velhice também, não é? Geralmente as pessoas falam: “Ah, tem que tomar remédio, é como se já fosse coisa de velho”. (Dra. Z, psiquiatra, 46)

Quanto aos cuidados que requerem organismo do idoso é comparado ao das crianças, principalmente pelos prejuízos dos efeitos colaterais.

Há clínicos gerais ou geriatras que são muito cuidadosos e cautelosos em prescrever para o idoso. Teoricamente, o idoso seria uma criança de muita idade, quer dizer, existem medicamentos que você prescreve praticamente a mesma quantidade para a criança e para o idoso, determinados grupos de

remédios especiais. Agora, realmente é um grupo etário em que há necessidade de se ter um pouco de cuidado naquilo que se prescreve... O idoso tem reações próprias, isso se aprende com a experiência ou na literatura. Muitos medicamentos provocam efeitos colaterais que se manifestam de maneira às vezes mais acentuada no idoso. O idoso é um paciente que já tem uma circulação geral comprometida; o processo de arteriosclerose não é do idoso, começa nos primeiros anos de vida, mas quando chega na idade avançada ele já está comprometendo o organismo como um todo. Isso suscita efeitos colaterais graves. Os mais importantes que temos visto aqui são, evidentemente, relativos à circulação. É queixa de tontura, de fraqueza, de mal-estar que quando fica em pé tem crises vertiginosas... Um setor ainda ligado a esse, a pressão arterial: quando se tem uma hipertensão no idoso, você tem que tomar muito cuidado na medicação que vai prescrever, porque as reações podem ser graves e imediatas, a ponto de levar uma hipertensão de 18/8 a 7/5. Nós sabemos da gravidade de uma queda de pressão rápida no idoso; aliás, também nos adultos, mas no idoso isso é mais fácil de ocorrer. (Dr. Y, clínico geral, 66)

Nesta última fala são apontadas as especificidades do organismo do idoso e a dificuldade de uma denominação apropriada: não se trata do funcionamento de um organismo de criança, mas ele necessita de encaminhamentos próprios.

Quanto às situações em que a medicação é referida como prejudicial, os profissionais revelam dificuldades em os idosos aceitarem certas orientações.

A automedicação acaba acontecendo por falha do nosso sistema. Nós temos uma demanda reprimida altíssima. Resultado: ele sai daqui sem uma consulta, vai na farmácia e pede ao farmacêutico alguma coisa ou ele mesmo, conversando com outras pessoas, resolve experimentar esse ou aquele medicamento. Mas eu não sinto no idoso aquela vontade de se automedicar. Ele acaba fazendo isso porque não consegue [atendimento], não é? Mas não temos profissionais suficientes para atender essa demanda toda. Então, às vezes, [para] o idoso que está bem, não tem nada, eu falo: Olha, o senhor volta daqui a seis meses. É muito, eu sei que é muito, mas também sei que não dou conta da agenda se eu não fizer isso; tem que deixar a vaga para os idosos doentes. Nesse meio tempo, ele tem qualquer problema, se ele não conseguir passar no atendimento, ele se automedica. Abandonar a medicação, eu tenho poucos casos. (Dra. X, clínica geral, 42)

E continua explicitando a relação dos seus pacientes com a orientação médica:

Os pacientes que seguem aqui com a gente, tomam o remédio direitinho. Quando param, se preocupam em me explicar: “Olha, eu parei porque não me senti bem com isso, com aquilo”, mas não [há] aquela rebeldia. Eu acho que eles se empenham em fazer a parte deles, que é tomar o remédio. (Dra. X, clínica geral, 42)

Outra profissional confirma que os seus pacientes seguem as prescrições medicamentosas.

Difícilmente eu tenho paciente idoso que se automedica. Acho que eles são mais cuidadosos. (Dra. Z, psiquiatra, 46)

Mas nem todas as outras recomendações são sempre seguidas à risca.

O idoso geralmente é um indivíduo que não gosta de água, não toma água de jeito nenhum. Então ele tem a pele muito seca, o intestino funciona mal, preso, e [por] aí vai. Mas esse é um conselho que eles aceitam com dois pés atrás, não é um só. (Dr. Y, clínico geral, 66)

Algumas deficiências não precisam de medicação, pois a orientação para hábitos de autocuidado podem cumprir a mesma função que o medicamento, evitando os efeitos colaterais.

Eu acho que você não pode superlotar o paciente idoso de medicação; você tem que encarar ele como uma criança na primeira infância. O organismo dele é debilitado, nem sempre ele vai responder a tudo. Você tem que caprichar mais na orientação familiar, só procurar cobrir com medicamentos sempre que há uma infecção ou alguma deficiência que ele tenha, metabólica [...] Mas não deve saturar, porque o metabolismo é mais lento, é mais difícil de ser eliminado e ele pode, no fim, terminar tendo uma intoxicação medicamentosa. Então eu sempre procuro dosar, orientando bastante, acompanhando mais freqüentemente. (Dra. W, clínica geral, 51)

Sugestões para benefícios da saúde

O que os médicos sugerem para a melhoria da saúde do idoso, levando em conta a participação do público alvo e a orientação familiar.

Vamos perguntar para esse idoso um programa em que ele se sinta útil e feliz. E, quando necessário, dinheiro para comprar uma medicação mais adequada... se eu pudesse não pensar nessa parte de dinheiro, eu talvez pudesse dar outras opções terapêuticas para o enfermo, em [termos de] medicamento. Na parte social, esse paciente teria que se sentir útil... e, se sentindo útil, se sentiria mais feliz [...] Algum trabalho com a família [é preciso] para a família entender o que é ter um idoso dentro de casa, não é? (Dra. X, clínica geral, 42)

A mesma profissional exemplifica com uma atividade já existente.

Eu tenho duas pacientes, elas são solteiras, têm relacionamento de irmãs, vivem juntas há mais de cinqüenta anos e elas adotam velhinhas: elas vão nos asilos e cada uma adota uma velhinha [...] É um programa da igreja da qual elas fazem parte. Mas é tão interessante, você precisa ver a sensação de utilidade. Estão fazendo alguma coisa coletiva [...] E eu tento passar isso para outros pacientes, mas a aceitação não é muito grande. (Dra. X, clínica geral, 42)

Salienta-se a relevância de programas preventivos precoces, mas algumas sugestões parecem apontar para o idoso como um indivíduo com necessidades e desejos que extrapolam as demandas orgânicas.

Eu acho que um salário preventivo, uma boa assistência desde a infância, pode fazer com que o idoso, o indivíduo, venha a atingir essa fase com mais saúde, evitando algumas complicações. Agora, eu acho que a questão social, o suporte social, familiar, é muito importante para melhorar a qualidade de vida. Dar um amparo melhor, não deixar tão inseguro, tão à mercê das circunstâncias sociais, com perdas econômicas. Eu acho que isso viria, no meu ponto de vista, beneficiar muito a saúde do idoso. (Dra. Z, psiquiatra, 46)

E o profissional com mais de sessenta anos enfatiza a importância do reconhecimento profissional na valorização do idoso.

O fato da gente ter fechado a porta para o trabalho do idoso é uma atitude extremamente contraproducente. Eu tenho a impressão que daí surge um bom percentual de depressões que observamos nessa faixa etária. O indivíduo julga que ele não serve para mais nada; está deslocado por causa disso. Então, não vejo porque um indivíduo de sessenta anos deve ser preterido em relação aos de 22. Não há a mínima razão em termos de competência, claro. O outro, é que o idoso precisa ser um pouco melhor considerado em termos de saúde e ter participação em outras atividades; ele tem condições de contribuir em praticamente tudo... enfim, [é preciso] acolhê-lo em todos os setores de participação da vida na sociedade. (Dr. Y, clínico geral, 66)

E é taxativo no que diz respeito à ausência de perspectivas para o aposentado:

Eu acho que ele caminha para uma depressão a partir do momento em que lhe foi dada uma aposentadoria. A partir daí, em vez de ele ter aquelas alegrias - bom, agora eu posso passear, posso fazer isso, aquilo que eu gostaria, tenho mais tempo etc. -, não: ele vai entrar num mundo em que a única coisa que ele tem é entrar pela porta da frente de um ônibus e não pagar passagem. Nada, não é pouco. É nada. (Dr. Y, clínico geral, 66)

Há perspectivas de preservação da saúde, através dos grupos de convivência da terceira idade.

Eu acho que temos que promover mais locais onde eles saiam do isolamento em que eles vivem e procurem entrar em contato com outras pessoas, onde ele se sintam crescer, onde tenha com quem desabafar [...] São esses centros onde tem ginástica para idosos, dança, hidroginástica, atividades que mantenham ele ativo e se sentindo gente, vivo, útil. (Dra. W, clínica geral, 51)

Profissionais que melhor atendem as demandas relativas à saúde

Tentando mapear as áreas que poderiam trazer contribuições aos idosos, os médicos citam a necessidade de facilitar a escolha do idoso, organizando propostas de programas.

Gozado, parece que eles se sentem tão velhos que não podem nem fazer isso [trabalho voluntário]. Mas se tivéssemos um programa que um psicólogo atuasse junto com a gente, um assistente social, para mostrar esse caminho, onde é que tem essa necessidade. Ele também não enxerga, ele também não tem mais muita disposição para ir atrás. Mas tantas coisas boas poderiam ser feitas! (Dra. X, clínica geral, 42)

Exemplifica, salientando os resultados positivos que são alcançados no centro de saúde com a participação dos idosos no programa de educação física.

Nós contamos com uma professora de educação física, isso dá um super alento para eles, porque eles fazem caminhadas. (Dra. X, clínica geral, 42)

Outra profissional inicia apontando o geriatra como sendo de grande auxílio em caso de necessidade de encaminhamento, porém insiste na importância dos apoios familiares.

É, quando você fez essa pergunta eu pensei nos pacientes que eu acabo atendendo, que têm mesmo algum quadro orgânico e que eu acabo encaminhando para outros especialistas. Eu acho que o geriatra acaba sendo uma referência, no sentido de que ele também pode fazer um atendimento clínico geral e, se for o caso, encaminhar para um especialista da área. Agora, fora isso, eu acabo pensando naquela questão de ter uma estrutura social, familiar, um

apoio; aí eu acho que seria bom encaminhar para outros profissionais que pudessem dar respaldo a esse suporte... É aí a gente encaminha para o serviço social. (Dra. Z, psiquiatra, 46)

Num primeiro momento, Dr. Y salienta os encaminhamentos para a área médica.

A minha especialidade é endocrinologia, eu mesmo dou atendimento. Agora, eu costumo encaminhar o idoso para o cardiologista, urologista e ginecologista, fora do centro de saúde. (Dr. Y, clínico geral, 66)

Quando a entrevistadora observa que não foram citados profissionais ligados aos serviços de apoio que o centro oferece, a pergunta foi interpretada pelo entrevistado assim:

Eu particularmente não tenho mandado muitos porque realmente não tenho visto necessidade de mandar um idoso para o psiquiatra ou para o trabalho de um psicólogo, pois os motivos estão dentro de uma doença orgânica. É só aprofundar um pouco mais que a gente consegue resolver. (Dr. Y, clínico geral, 66)

E em seguida, aponta a falta de solicitações para que esses velhos contribuam com trabalho voluntário.

Eu tive contato com o trabalho feito com a terceira idade somente no início, e ele já tem muitos e muitos anos, não sei se chega a duas décadas, mas deve estar batendo por aí... Não sei, talvez houvesse necessidade de se pensar em abrir a participação deles aqui no centro de saúde [...] eles podiam participar um pouco mais aqui, como voluntários [...] Constituir grupos de visitantes [...] Nós não temos mais visitantes domiciliares. E por que não um grupo desses aí, constituído de indivíduos mais desembaraçados, visitar fulano de tal que está doente há não sei quanto tempo, levar um pouco de presença e alegria de ter ainda uma vida relativamente boa? (Dr. Y, clínico geral, 66)

Outro profissional indica seus pacientes para os especialistas necessários e alerta para a alta incidência de idosos deprimidos.

Os cardiologistas, os neurologistas, o ortopedista na questão da osteoporose. E psicólogos também, porque eles tendem muito a entrar em fases depressivas. É muito freqüente, então a gente não pode deixar entrar o velho em depressão. (Dra. W, clínica geral, 51)

Depressão essa que, segundo a profissional, não requer necessariamente o uso de medicação.

Se ele tiver um apoio, ele até dribla a medicação. (Dra. W, clínica geral, 51)

Ela faz recomendações aos colegas de outras especialidades, junto com uma crítica à ortopedia, partindo de uma sensibilização pessoal para o tema do envelhecimento. Afirma também que, para o tratamento ser bem-sucedido, há que dispensar um tratamento atencioso.

Sugeriria procurar saber se os especialistas também dão a atenção merecida e se comungam do mesmo parecer que o meu para com o idoso. Porque, principalmente um cardiologista é mais afável, sensível aos problemas. Os vasculares também. Tudo bem com os olhos. Mas eu sou meio resistente à ortopedia, eu acho que os colegas se tornam uma parede de concreto para tratar uma especialidade tão agressiva. Se eles se tornam uma parede de concreto, ficam meio que subestimando, não imaginado que um dia eles vão estar do outro lado da moeda. (Dra. W, clínica geral, 51)

É curioso notar que o depoimento mais veemente quanto a sugestões de encaminhamentos provém do profissional que pertence à faixa etária dos idosos.

Bom, aqui no centro de saúde eu tenho pacientes aqui desde a época que eu entrei: comecei a trabalhar em 1968. Então muitos me conhecem daqui, naquela época eu atendia famílias do bairro de Cerqueira Cesar, de Pinheiros. Tinham famílias que eu conhecia totalmente. Muitos deles se conservam clientes do centro de saúde desde essa época. Agora, realmente, eu acho que o fato de a gente ter muito ou pouco cabelo branco contribui um pouco para atrair ou manter esses paciente, não é ? (Dr. Y, clínico geral, 66)

A comparação do idoso com a criança presente na fala dos médicos quando eles tentam explicar as fragilidades orgânicas, mas adquire conotações que podem interferir na qualidade da escuta.

Se abrem, são muito francos, o velho volta a ser uma criança, onde não tem as malícias ainda, mas é velho. (Dra. W, clínica geral, 51)

As falas que citadas adiante corroboram a análise global realizada pelo entrevistador. O fato de as entrevistas entre os profissionais terem tido maior duração (50 minutos ou mais) sinaliza uma postura reflexiva diferenciada em relação ao tema do envelhecimento.

Revisitando as interpretações dos profissionais que medicam

Os profissionais da área médica se baseiam nas indicações da OMS para definir o que é saúde na velhice. Reconhecem a existência de especificidades orgânicas e a necessidade de conhecimentos na área de geriatria para atender essas demandas. No entanto, eles apontam a instabilidade emocional como o pano de fundo que cerca esse momento da vida. Constatam que o medicamento, mesmo trazendo melhorias na qualidade de vida do idoso, está associado à decrepitude. Assim, o seu uso é visto como não-prazeroso.

Os efeitos colaterais dos medicamentos sobre o organismo do idoso fazem com que surjam associações interpretativas relativas aos mesmos tipos de cuidados dispendidos ao organismo infantil.

A automedicação é preocupante, porém é reconhecida como resultante da precariedade do sistema médico. Eles não identificam esse comportamento em seus pacientes do centro de saúde, mas outros conselhos referentes ao autocuidado, que poderiam melhorar a qualidade de vida do idoso, nem sempre são seguidos.

Ao refletirem, junto com a entrevistadora sobre o que seria introduzir melhorias que beneficiassem a saúde do idoso, eles sugeriram atividades que trouxessem benefícios para a sociedade, resgatando o sentido de cidadania. O profissional que se enquadra na faixa de envelhecimento é enfático ao apontar a tragédia pessoal que representa o abandono do trabalho em função da aposentadoria.

Retirar os idosos do isolamento, associando-os a trabalhos de prevenção, que envolvam orientações familiares é, no modo de ver desses profissionais da área médica, um bom investimento em programas de saúde para idosos.

Quando são solicitados a indicar profissionais que melhor atendam as demandas relativas à saúde, novamente se constata uma ambigüidade. Citam colegas da área médica, mesmo tendo enfatizado os aspectos emocionais decorrentes do lugar desfavorável que o idoso ocupa na sociedade.

3.2.2 Profissionais que não medicam

Os profissionais que prestam serviços aos idosos são os seguintes:

- Assistente social;
- Nutricionista;
- Psicóloga aprimoranda (bolsa FUNDAÇÃO com duração de dois anos, para profissionais);
- Psicólogo aprimorando (idem);
- Enfermeira A; e
- Enfermeira B.

A exposição que se faz doravante orienta-se pela visão desses profissionais em relação aos quatro eixos deste estudo. Estando todos eles na mesma faixa etária (entre 24 e 46 anos), nenhum dos depoentes pertence ao segmento analisado, pelo que não se julgou relevante discriminar a idade de cada um.

Em relação à concepção de saúde

A saúde é vista como um processo contínuo, que se realiza ao longo da vida.

O que eu percebo é que o idoso começa a ter uma série de queixas, problemas que já vem ao longo da idade. Eu acho que a saúde do idoso é ele poder conviver bem com os problemas de saúde, ter uma boa qualidade de vida apesar dos problemas. (Assistente social)

A mesma entrevistada enfatiza que a procura pelos serviços de profissionais de medicina encobre demandas de outra ordem:

Então, eu acho que não é só problema físico; a questão da solidão está muito presente, falta de um projeto de vida, acaba ficando um terreno propício para a depressão e outros problemas. (Assistente social)

Eis como, segundo a profissão, é possível incorporar na prática uma concepção de saúde mais flexível:

Aquilo [em] que eu consigo ser bastante rigorosa em termos de orientação para um paciente mais jovem, porque eu acho que ele precisa numa certa altura mudar de hábito, com o paciente idoso eu não consigo muitas vezes ser tão rigorosa, porque eu acho que a saúde dele não está só relacionada com aquela doença em especial. Por exemplo, uma pessoa de descendência [sic] italiana, que tem o hábito de comer pão italiano todos os dias, se eu digo para ela, olha, você não pode comer esse pão italiano mais, eu sinto que não estou ajudando a saúde dela, pelo contrário estou fazendo uma restrição....é uma coisa que não é só um alimento. Na verdade, faz parte de todo um social, não é? Deve ter lá toda sua simbologia, aquele pão italiano. Então, para mim, essa coisa de saúde para o idoso mudou um pouco, tem muito a ver com qualidade de vida em geral. Eu acho que saúde é estar muito bem fisicamente, conseguir a ausência de dor, mas é também essa coisa de estar bem socialmente, estar podendo contar com o apoio das pessoas que ele precisa, estar comendo aquilo que ele tem vontade de comer. Mas quando eu percebo a importância de um determinado alimento no seu contexto social, no dia a dia, eu tenho de ir por outro caminho. Então, quando temos que fazer uma coisa no sentido da restrição, eu tenho que ir por outro caminho...porque eu acho que isso não é resolver o problema de saúde que ele tem. (Nutricionista)

A jovem aprimoranda fala da prática, completando sua formação acadêmica e redefinindo conceitos.

No contato com esse grupo, eu pude pensar um pouco na saúde: a pessoa estar habituada a alguma atividade para poder se sentir vinculada à vida [...] Eu defino saúde neste sentido: a pessoa estar bem, engajada em alguma atividade, em algum grupo, alguma coisa que a estimule na vida. (Psicóloga aprimoranda)

O outro aprimorando de psicologia define a saúde.

Saúde é poder estar pensando, poder estar opinando, poder estar vivenciando seus desejos. (Psicólogo aprimorando)

Saúde é um conceito ligado à infra-estrutura básica e à receptividade da família.

Eu acho que saúde é bem-estar geral da pessoa, tanto físico, mental e social; é um todo. Nós estamos passando por um momento difícil, temos uma população ficando idosa, e a gente não tem condições de estrutura de rua [saneamento básico], de transporte, nem de atendimento. É uma população que está crescendo demais... Ele vai envelhecendo, vai tendo menos condições físicas e surpresas, como cegueira. O entendimento é menor e as condições dele se cuidar também são menores. E aí a família cai fora, não é? Também ele parece uma pessoa que não se afasta, o idoso fica uma pedra no sapato da família. (Enfermeira A)

Uso e desuso do medicamento relativo à saúde

A importância do medicamento é salientada, destacando-se a necessária atenção para as queixas dos pacientes, decorrentes de efeitos colaterais.

O medicamento é importante, sem dúvida, mas, por outro lado, assim na conversa que eu tenho com muitas pessoas, eles relatam que estavam tomando vários medicamentos, apresentando várias queixas; é evidente que são questões de efeito colateral do próprio medicamento [...] Então é super importante tomar medicamento, mas é importante também ter essa preocupação com medicamentos que criam outros problemas. (Assistente social)

Essa avaliação está presente na maneira como a depoente se sente quando ela mesma ingere algum medicamento, como se observa em sua fala sobre a necessidade de uma autonomia na avaliação, apontando os riscos da automedicação.

O medicamento é uma faca de dois gumes. É importante, mas precisa ser observada a reação daquele indivíduo. A gente sabe, eu mesmo, quantas vezes comecei a tomar um medicamento e tive problemas colaterais. Também a própria pessoa tem que estar [se] avaliando, porque existem pessoas que adoram tomar remédio; tomam remédio prescrito pela vizinha, pelo amigo, não têm esse cuidado. O remédio tem que ter critério, é necessário, mas tem que ser avaliado. Eu percebo também que as pessoas de modo geral, não sei se daria ênfase ao idoso, adoram tomar remédio. Então, eu acho que precisa de cuidado: ele é importante, mas precisa tomar quando é realmente prescrito pelo médico. (Assistente social)

Fatores sociais contribuem para se tomar medicamentos por conta própria.

Eu acho que é pela dificuldade de acesso a uma consulta médica, é difícil mesmo, você gasta um tempão para conseguir marcar... e até quem sabe, por falta de conhecimento do quanto é perigoso a automedicação. (Assistente social)

Sugere-se a necessidade de medidas políticas para coibir a automedicação.

Não adianta fazer campanha e a farmácia vender sem receita. É fácil comprar um medicamento na farmácia sem prescrição, no Brasil é muito comum isso. (Assistente social)

A nutricionista ressalta a importância do medicamento, mesmo que o paciente siga as orientações alimentares.

Bom, eu trabalho mais com hipertensos. A alimentação pode colaborar no tratamento, o mas o medicamento é essencial, vamos dizer, ele regula lá os níveis de pressão. No caso do diabético também ele tem um papel fundamental. Então eu acho que ele é muito importante, é essencial no tratamento de algumas doenças. (Nutricionista)

Em sua prática, a profissional não alude a exemplos de prejuízos provocados pela medicação.

Na minha experiência prática, eu vejo, pelo menos no tipo de pacientes que eu atendo, o medicamento como sendo um tratamento muito importante. Eu não tive experiências que eu possa te dizer: Olha, eu acho que nesse caso o medicamento prejudica. Eu nunca vejo isso, não conheço esse tipo de situação. (Nutricionista)

A aprimoranda, por sua vez, se baseia na experiência familiar para refletir sobre a importância do controle medicamentoso.

Minha avó passou por um problema assim: tomou um medicamento durante um tempo e aí alguma coisa não bateu bem; acho que foi a troca do remédio que ela tomava. Ela tem depressão bipolar, então ela entrou num processo de mania. Ficou eufórica também no momento em que se esqueceu de tomar o remédio. (Aprimoranda de psicologia)

É preciso muita atenção para os efeitos colaterais.

Desde que bem tomada, bem orientada, acho que vai melhorar. Agora se tiver efeitos colaterais... (Enfermeira A)

Há necessidade de uma postura ativa e, por que não dizer, romântica, no acompanhamento da medicação.

A gente corre atrás, se a gente tem perna para isso, se tem um pouco de profissionais... eu acho que a pessoa que lida com o ser humano tem que ter um outro tipo de envolvimento... Isso é muito romântico. (Enfermeira A)

O medicamento ajuda o indivíduo idoso a exercer suas funções cotidianas.

Olha, eu acho que dependendo do caso a medicação pode ser benéfica, no sentido [de] que muitos pacientes têm insônia. Se ele tem essa questão de insônia atrelada a uma depressão, se torna muito difícil uma intervenção

psicoterapêutica, se não tiver um atendimento medicamentoso. Então eu acho que o medicamento é importante sim, para reforçar que o organismo continue exercendo suas funções adequadamente [...] Eu acho que um dos maiores medos das pessoas, e a gente não pode dizer o quanto é uma fantasia ou não, é se tornar dependente do medicamento. Principalmente se vier indicado pelo psiquiatra: "Ah! Eu sou louco, tenho que tomar Lexotan". (Aprimorando de psicologia)

Sugestões para benefícios da saúde

A equipe multiprofissional é sugerida a partir da experiência positiva no centro de saúde.

Eu acho que é uma equipe multiprofissional. Nós não somos somos um ambulatório de especialidades, então é impossível contar com muitos especialistas, mas acho super importante profissionais como psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, assistente social, educadora, geriatra, clínico. Teria que ter uma equipe completa. (Assistente social)

Enfatiza-se a necessidade de uma equipe médica atendendo a domicílio.

Eu acho que eles precisariam ter uma assistência médica muito boa. A tendência a assistência médica domiciliar é extremamente importante. Eu tentaria mobilizar recursos para fazer um atendimento a domicílio, de qualquer tipo de atenção: médica, enfermagem, nutricional. (Nutricionista)

Sobre a percepção de que deveriam ser vários empreendimentos conjugados, outra profissional afirma:

Eu acho que faria centros de convivência, lugares que possam oferecer atividades, coisas do interesse do idoso; tem muitos que se interessam por artes, música, tricô, oficinas. Certamente eu acho que é importante o acompanhamento médico e não se automedicar de maneira alguma. Eu acho que tem que caminhar em conjunto, só uma coisa ou outra não adianta. (Aprimoranda de psicologia)

Um elenco de sugestões.

Posso sonhar? Uma rampa na frente, uma sala de espera para eles não ficarem no vento do corredor, contratar pessoas que gostem de trabalhar com idosos, atendimento diferenciado para idosos, ter aparelhos para ele não precisar ir às três horas da manhã marcar consulta no Hospital da Clínicas, aparelhagem mais sofisticada, parte preventiva, ter curadores - porque a gente tinha um monte e foi

cortando, aposentando e não tem nenhum na unidade - , investir no treinamento profissional. Só o conhecimento vai acarretar mudanças de comportamento. Quem fica aqui dentro, não vê fora; a saúde tem que ter abertura. Aqui a gente não está investindo porque, se a gente tirar o profissional daqui, não tem como repor. Isso é angustiante, é tudo muito amarradinho [...] Eu estou aqui conversando com você, a menina já entrou procurando material, daqui há pouco já vem outra pessoa. (Enfermeira A)

Retomar o trabalho nas comunidades, valorizar o conhecimento do idoso, rever valor da aposentadoria, fazer valer e ampliar os direitos adquiridos são objetivos visados.

Eu pensei que seria importante a comunidade de bairro. Cada comunidade teria um grupo de pessoas, profissionais ou não, interessados nos trabalhos com idosos: lazer, bingo, baralho, dominó. Atividades concentradas que têm a ver com o histórico da vida deles [...] Eu percebo que todo idoso gosta de falar da sua vida; se você for num asilo, vai encontrar muitos idosos que foram combatentes de guerra. Eles contam tudo, repletos de afeto. Pode também ter um espaço para essas pessoas poderem se manifestar, perceberem que elas são ouvidas, que são respeitadas, admiradas por essa sabedoria que colheram. Também acho que a saúde pública deveria ser totalmente gratuita para o idoso, não só condução, mas dos medicamentos à internação. É um absurdo quando, num banco, as filas continuam enormes, vira e mexe tem um idoso que passa mal, acaba desmaiando e fica por isso mesmo. E R\$128,00 de aposentadoria! [...] É injusto, porque uma pessoa que se dedicou tanto, contribuiu muito para este país e agora recebe tão pouco por isso. Eu acho que é quanto isso é desvalorizado, não é só o dinheiro, quanto isso significa para ele. Você batalhou, você se doou e agora [...] Existe uma sinalização no metrô, que o idoso tem sempre um lugar ao assento; simplesmente as pessoas ignoram. Esses dias eu vi duas pessoas idosas em pé. Se eu fosse uma dessas pessoas eu chegaria e falaria: Olha, levante que eu quero sentar. E se ela não aceitasse, eu mostraria: Olha, você está desrespeitando essa lei; se você não permitir que eu sente, você pode até sofrer uma punição por isso. Eu acho que as pessoas não foram educadas para lutar pelos direitos delas, talvez por falta de informação ou de formação. Aí o fulaninho que estava sentado, olha para o idoso, faz de conta que está dormindo, aquelas hipocrisias todas. Isso às vezes me cansa. (Aprimorando de psicologia)

Profissionais que melhor atendem as demandas relativas à saúde

A geriatria é citada por todos, como capaz de abarcar vários aspectos no enfoque e tratamento de aspectos do envelhecimento, mas especificamente na maneira de escutar o velho.

Quando nós tínhamos geriatra, ela tinha um certo cuidado na primeira consulta. Nos relatava que pessoas que tomavam inúmeros medicamentos, [quando] possível, [ela] reduzia e [eles] apresentavam melhoras. (Assistente social)

Na delicadíssima relação com o idoso, o vínculo é enfatizado, entretanto se registra a necessidade de profissionais permanentes na instituição.

Eu sinto que eles têm mais necessidade de criar vínculo com uma pessoa; então, mais importante do que o tipo de programa é a constância com que aquele profissional atua na instituição. Eu sinto que [eu] talvez consigo um pouco mais de aderência ao tratamento porque sou a única nutricionista; ele vai e volta comigo, passa dois meses é comigo, passa quatro meses e o retorno é comigo. Isso cria um vínculo importante entre o paciente e o profissional. (Nutricionista)

A mesma profissional recorre à equipe multidisciplinar, mas valoriza sobretudo a relação especial que se estabelece entre os pacientes e uma certa geriatra.

Eu preciso procurar outros profissionais, buscar esse tipo de apoio para entender a resistência ou a evolução, já que pelos nossos dados vemos que ele não está seguindo as orientações. Então, esse apoio é super importante. Neste centro de saúde quando tínhamos uma médica geriatra,, eles tinham um vínculo muito forte com ela [...] todos queriam passar com essa geriatra. Era uma coisa muito marcante. (Nutricionista)

A jovem aprimoranda fala do ponto de vista de quem está construindo o seu conhecimento.

Eu acho que o geriatra faz falta, o programa atualmente não tem. Eu não sei do trabalho do psicólogo, estou começando agora, mas acho que pode ajudar na promoção da saúde; mas acho que terapia não cabe no trabalho que estou fazendo no programa. (Aprimoranda de psicologia)

Toda a equipe de profissionais deveria contar com um treinamento específico.

Acho que não tem um específico. Acho que é todo mundo, desde o porteiro ali da sala, que vai dar uma mão para o velhinho entrar, até o médico. (Enfermeira A)

Um grande número de profissionais, todos com treinamento especializado e voltados para recuperar um espaço de reconhecimento do indivíduo enquanto tal, seria desejável.

Assistente social, estou tomando como modelo a [funcionária do centro], [que] eu acho uma excelente profissional: se preocupa, se doa, faz um histórico [deles] quando chegam para participar do grupo [cada um tem uma ficha contendo dados do seu histórico] Um geriatra, uma enfermeira com especialização em idosos [...] Dentista para tentar recuperar um pouco da dentada arcada dentária e um trabalho para a manutenção da higiene bucal. Dermatologista, porque muitos acabam tendo problema de pele. Claro que é necessário um psicólogo, não é? Talvez não só para psicoterapia, mas para atividades onde eles possam se soltar, expressar alguma coisa, poder falar dos seus desejos. Um professor de educação física, também voltado para a terceira idade. E cursos, onde eles se identifiquem, se sintam bem. O importante é criar um clima familiar, como se sentisse que está na casa dele, que pode ser ele mesmo. (Aprimorando de psicologia)

Surgiram outros dados relevantes que podem ajudar na discussão do tema deste estudo. Um deles incide sobre a importância dos trabalhos de grupo oferecidos no centro de saúde, como impulsionadores de mudanças.

A gente percebe que essas pessoas que estão vindo no grupo, acabam demonstrando que estão super felizes, conhecendo pessoas novas, se sentem motivadas a participarem das reuniões. (Assistente social)

É uma identificação subjetiva, mas muito evidente:

Eu acho que acaba sendo algo bastante subjetivo o que eu estou colocando, mas a gente, que está no dia a dia presente, percebe sim a mudança. (Assistente social)

Todavia, o que dá esse refinamento profissional na adaptação das instruções para os idosos é, aparentemente, o contato direto com os usuários, que lhes permite identificar o que se deposita nos hábitos rotineiros.

Foi a prática. A ciência, o que você aprende, é bastante rigoroso. O contato, esse dia a dia, o sentir a importância que determinados alimentos tem no dia a dia das pessoas, entender o que está colocado neles. Eles não consomem determinados alimentos porque acham importantes do ponto de vista nutricional; é um hábito, é uma coisa herdada. É um hábito social mais do que um hábito alimentar. (Nutricionista)

A mesma profissional retoma a importância de adaptar os conhecimentos às expectativas dos padrões estabelecidos para obter adesão ao tratamento.

A gente consegue ter algum sucesso porque não pensa num peso teoricamente ideal, mas num peso adequado para cada indivíduo. Até porque, com a idade, principalmente com as mulheres, elas têm uma quantia de gordura maior no corpo. Então é muito difícil você ter um peso estritamente ideal, para a altura, para a idade. Então consideramos mais um peso adequado para aquele indivíduo, um peso que garanta boas condições. Mas a gente consegue sim, elas aderem, às vezes, ao tratamento. (Nutricionista)

Mas algumas peculiaridades exigem maior preocupação, por ocasião dos encaminhamentos.

Os dados que eu tenho lido, mostram que é muito baixa a aderência [sic] do paciente hipertenso ao tratamento farmacológico. Quando a pessoa está se sentindo bem, ela pára de usar a medicação, se ela ouve a opinião de uma outra pessoa que usou aquele medicamento e diz que não se deu bem, ela começa a sentir os mesmos sintomas e pára de usar. Às vezes, os pacientes fazem eles mesmos a sua prescrição: o médico mandou tomar duas vezes por dia, mas ele toma uma vez ao dia. Ele vem à consulta e está tudo bem, porque está seguindo o tratamento. Você fica satisfeita, está tudo ótimo, está tudo bem, mas na consulta seguinte a pressão já está altíssima, porque, como estava tudo bem, para que ele ia tomar a medicação! (Nutricionista)

E conclui, discorrendo sobre os limites de sua ação profissional e a importância do medicamento.

Mesmo quando ele usa a medicação, a alimentação atua como um fator importantíssimo, até para melhorar a ação do remédio. Então, quando ele não usa, a alimentação fica sendo a única forma de controle que ele tem para evitar aquelas subidas rápidas de pressão. (Nutricionista)

A jovem profissional, recorre à vivência familiar para ilustrar a conduta médica aconselhável.

Eu acho que não basta só acabar com os sintomas e pronto, manter o controle e ponto; acho que tem um cuidado, uma escuta mais ampla, onde se pode ajudar. Pegando mais o caso da minha avó. O médico que trata dela tem esse cuidado, muitas vezes a acompanhei em consulta. Ele pergunta como é que ela está, investiga as relações e até: “Olha! A senhora precisa parar de fazer isso porque parece que está tendo problema na relação com seu filho”. Por outro lado ele está controlando a depressão, na questão do sono. (Aprimoranda de psicologia)

O aprimorando de psicologia explicita a diferença entre o tratar de um mal orgânico e cuidar do sofrimento psíquico.

O médico trata de algo que é da vida, da doença; ele dá um remédio e supostamente em pouco tempo vai haver a supressão desse sintoma. Mas se você for pensar na questão psicológica, é uma coisa mais demorada. Eu não ofereço medicamento, eu ofereço a oportunidade de uma escuta, e essa escuta vai ser elaborada num processo a longo prazo. Então, para algumas pessoas isso é complicado: ela acha que se vier uma vez, está resolvido, não precisa vir mais. Ou então, há uma melhora e ela também abandona o tratamento. (Aprimorando de psicologia)

Quanto ao medicamento, ele estabelece uma explicação semelhante.

Eu acho que é pura fantasia: medo de dependência. “Ah! Melhorou, então já estou bom, não preciso mais”. (Aprimorando de psicologia)

Revisitando as interpretações dos profissionais que não medicam

Ao definirem saúde, estes profissionais falam das alterações orgânicas que se acentuam com o avançar da idade, mas ressaltam a importância da sensação de pertinência. Para os idosos se sentirem incluídos, eles necessitam de uma infra-estrutura social e familiar que acolha essas transições. Muitas recomendações podem ser feitas, mas o que mais chama a atenção neste grupo de profissionais é a maleabilidade em relação à prescrição das orientações. Uma das profissionais chega a denominar essa postura de romântica, no sentido de atitudes ativas frente a urgência das demandas. A leitura subjetiva merece status de científica. É no contato diário com os idosos que se percebem os benefícios da orientação realizada em grupo.

O medicamento é visto como contribuindo para o bem-estar do idoso, mas os profissionais estão atentos às queixas que os idosos trazem em relação aos efeitos colaterais. Identificam a existência da automedicação, mas como decorrência da dificuldade de acesso aos serviços. A seu ver, a superação desse quadro não está na medida de suas possibilidades de ação, mas em políticas mais eficazes.

Elas apresentaram propostas para um sistema de saúde que abarque as diferentes demandas deste segmento etário. Uma série de empreendimentos conjugados são sugeridos: equipe multiprofissional, atendimento domiciliar, incremento dos centros de convivência, retomada dos trabalhos preventivos na comunidade, aparelhagem sofisticada, atendimento diferenciado ao idoso.

A necessidade de investimento no treinamento de profissionais é pleiteada, a fim de se efetivarem mudanças de comportamento e atitudes no atendimento aos idosos.

Enfatiza-se a importância da preservação do vínculo paciente-profissional, pela desorganização emocional identificada especialmente nos idosos. A adesão ao tratamento está intimamente ligada aos cuidados com esse aspecto. O medo da dependência relaciona-se com o abandono dos tratamentos.

Paralelamente, sugerem a importância da geriatria na estruturação dessa equipe multiprofissional. Consideram os especialistas dessa área dotados dos conhecimentos necessários e também, devido à sua formação, capazes de ver a complexidade do processo de envelhecimento.

À GUIA DE CONCLUSÃO

Estas considerações dão prosseguimento às reflexões já desenvolvidas a respeito das simbologias dos medicamentos na velhice.

A abordagem teórico-metodológica propiciou a interlocução entre a pesquisadora e os três segmentos entrevistados: idosos, profissionais que medicam e profissionais que não têm autorização para medicar. Através das falas dos entrevistados, foi possível verificar a experiência e os conhecimentos acumulados, assim como incorporá-las à análise.

A idéia não era ter uma teoria que aprisionasse o cotidiano, mas bases que permitissem a interpretação e a aproximação com o trânsito dinâmico de quem vive esse mesmo cotidiano.

No entanto, a análise não se encerrou nessa interlocução. As explicações dadas pelos profissionais e pelos usuários circulam na sociedade, segundo Geertz, pelo que é preciso desvendar seus possíveis significados. Retomando o que foi exposto no início deste trabalho, à luz da reinterpretção dos depoimentos, busquei decodificar os significados simbólicos do uso ou desuso do medicamento na velhice.

As idéias coincidentes e díspares nos três segmentos, descritas a seguir, permitiram a visualização da simbologia em torno do tema da medicalização da velhice.

Os depoentes assimilam a saúde a uma postura ativa frente às dificuldades do meio físico, psíquico e social. Ela passa a ser vista como expansão da vida, e não somente como a capacidade de evitar catástrofes. Trata-se de uma flexibilidade necessária para que se desfrute a saúde de maneira mais criativa e generosamente.

Os profissionais de medicina partem da referência da OMS, enfatizando em seguida a importância dos aspectos emocionais e sociais; os demais profissionais priorizam os serviços preventivos, entre os quais se destaca a promoção da saúde, categoria em que se inclui a medicalização, objeto deste estudo. Suportes afetivos familiares para a preservação da saúde no idoso são sistematicamente ressaltados pelos dois grupos de profissionais.

A consciência em relação ao que é saúde na velhice tem diferentes ênfases, conforme o tempo de participação dos usuários nos grupos do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza. O grupo Vida, o mais antigo de todos, acentua a importância da atenção permanente, o grupo Manutenção valoriza os benefícios das atividades de lazer para a saúde do idoso e o grupo Vivência, porta de entrada no centro de saúde, parece repetir um discurso incorporado recentemente: a importância dos cuidados preventivos, principalmente no caso de doenças como pressão alta e diabetes.

Para todos os segmentos, saúde também é sinônimo de ir e vir com facilidade, de lazer, de atenção dos familiares, de alimentação balanceada e de não sofrer dor física.

Embora os discursos tenham explicitado que todos estes itens propiciam bem-estar geral, assim como menos estresse e a minimização das limitações físicas, o medicamento, nesses quadros, parece ser usado apenas em casos imprescindíveis, e não como suporte para suprir tais carências. Ao pensar nas modificações advindas com o envelhecimento, são salientados quadros emocionais debilitados que podem ser supridos numa organização social que leve em conta as demandas específicas dos idosos. Sinaliza-se que, prevenir o estresse implica conhecimento da sociedade sobre as vulnerabilidades fisiológicas do idoso.

Há um reconhecimento da problemática social da velhice, para além das doenças próprias do envelhecimento, transcendendo o reconhecimento das doenças crônicas degenerativas, enquanto atributo dos idosos.

O medicamento como suporte psicológico é reconhecido por quase todos os grupos de entrevistados; alguns criticam essa “muleta química”, mas outros aceitam o medicamento com naturalidade quando ele lhes traz benefícios.

O conteúdo do discurso mostrou que, mesmo melhorando a qualidade de vida dos idosos, os medicamentos são referidos como um “mal necessário”. O medicamento parece sinalizar uma transformação associada a perdas e limitações progressivas. Introduzir, mudar, ou aumentar a dosagem de uma medicação são movimentos que necessitam ser elaborados, a fim de garantir a adesão do paciente. Para muitos, a necessidade contínua do medicamento simboliza a velhice.

Os cuidados relativos à alimentação e às atividades físicas são reconhecidos como benéficos para a qualidade de vida e preventivos do agravamento das doenças. No entanto, os entrevistados têm clareza de que todos esses investimentos não são garantia contra a finitude do ser. A morte é menos temida do que o receio com relação às limitações físicas advindas com a idade e da perda da independência e da autonomia, simbolizadas enfaticamente pelo uso contínuo do medicamento.

A minimização dos efeitos colaterais associa-se, pois, ao vínculo estabelecido com o médico. Quanto mais atencioso e orientador o profissional, segundo os sujeitos deste estudo, mais suportável o convívio com a medicação.

Os três segmentos são unânimes em afirmar a necessidade do cuidado para que o medicamento não tome o lugar da carência afetiva, decorrente das dificuldades individuais e familiares, geradas durante o processo de envelhecimento.

A questão do uso e desuso do medicamento não pode ser tratada sem a reflexão dos multifatores que envolvem a saúde na velhice. Aspectos éticos das relações sociais trazem à tona o debate em torno da promoção da saúde; pensar no bem-estar ou na qualidade de vida do idoso é pensar na promoção da saúde e, em decorrência, buscar maneiras de adiar ou minimizar sofrimentos que podem advir com o envelhecimento. Os três segmentos entrevistados sugerem a urgência de reformas estruturais nas políticas voltadas para as especificidades da promoção da saúde na velhice.

Todos estão cientes dos perigos da automedicação; somente uma usuária, pertencente ao grupo inicial do centro de saúde, assume que toma decisões em relação ao que necessita para resolver determinados mal-estares. É interessante notar que os idosos não consideram automedicação o ato de alterar a dosagem, para alguns, o perigo da automedicação associa-se a conteúdos tenebrosos do medicamento. A imagem negativa do vício está sempre presente nas falas dos usuários. Por parte dos pacientes com doenças crônicas, há expectativa no sentido da evolução científica, a fim de evitar o desconforto da medicação injetável. O medicamento associado à dependência parece ser um alerta para o risco da perda da independência futura. Mas a questão da independência é dúbia: se, por um lado lhes fazem propostas de preservar a autonomia em várias instâncias da vida pessoal, por outra, o apoio emocional da família é constantemente verbalizado. Muitas vezes eles chegam a definir a sensação de bem-estar atrelada às realizações dos filhos, um tema surgido ao longo das entrevistas. Os filhos problemáticos são vistos como motivo indireto para o prejuízo da saúde dos idosos.

Pairam muitas dúvidas a respeito dos alertas fornecidos pelos profissionais da equipe multidisciplinar. Seriam eles realmente suficientes para induzir a mudança necessária nos hábitos de automedicação? Afinal, o discurso dos idosos mostra claramente que a alteração na dosagem do medicamento é uma prática corrente entre eles.

A insegurança da velhice abandonada, discriminada e mal atendida nos serviços públicos, de modo geral no Brasil, ainda que imediatamente distante, interfere de modo negativo no bem-estar atual das idosas entrevistadas.

Para alguns idosos entrevistados, a simples nomeação, por parte deles mesmos, de fatos negativos apontados pela mídia ou acontecido com parentes, relacionados a abandono, erro no diagnóstico, desrespeito por parte dos prestadores de serviços e

falsificação de remédios, provocaram ira e/ou desalento, no momento da coleta dos dados.

Embora as entrevistadas idosas e os médicos apresentem um discurso coeso sobre os aspectos emocionais e sociais que interferem no enfrentamento das alterações orgânicas, quando inquiridos sobre os profissionais que melhor atendem as demandas relativas à saúde, a maior parte recorrerá, em primeiro lugar, aos serviços prestados pela área médica. Os profissionais diretamente ligados ao trabalho com organicidade do envelhecimento colocam os aspectos negativos do medicamento com menos ênfase.

Todos os entrevistados apontam que uma boa qualidade de vida na velhice depende de medidas muito anteriores, como um bom suporte emocional e afetivo, apoiado em serviços competentes aos quais possam recorrer nos momentos de demanda física, que se apresentam com mais frequência na velhice. Os profissionais da área médica salientam a delicadeza do organismo do idoso e a importância dos apoios sociais e emocionais para evitar a medicação, principalmente nas depressões. O geriatra é reconhecido como tendo essas qualidades e a possibilidade de atender esse conjunto de demandas. Para os médicos, há necessidade de incorporar os conhecimentos da geriatria à sua prática no atendimento a idosos. Encontramos profissionais sensíveis às especificidades das demandas no envelhecimento, mas não alheios aos jogos de autopiedade dos velhos.

Especificamente, quanto ao vínculo dos pacientes com os médicos que atendem os idosos no centro de saúde, há depoimentos contraditórios em relação aos mesmos profissionais. Penso que, para além das questões éticas salientadas neste estudo, que visam garantir um profissional que tenha a dimensão da diversidade de fatores que circundam o velho, é preciso atentar para as demandas afetivas depositadas nesses profissionais. A mesma divergência apareceu em relação ao psicólogo, mas não é assentada na vivência do serviço de nenhum profissional, evidenciando-se o imaginário social relativo às profissões. Segundo os entrevistados, recorrer a um psicólogo pode criar extrema dependência ou causar mais desequilíbrio.

No contato com a instituição, reconheceu-se prontamente a pertinência da pesquisa em relação ao público idoso frequentador do centro de saúde. Também fui alertada da possível dificuldade quanto à utilização da sala para a realização das entrevistas, assim como dos limites oriundos da sobrecarga contratual dos profissionais. No entanto, tive pleno acesso a uma sala temporariamente desocupada, e foi visível a atividade contínua de todos os profissionais e o envolvimento com as atividades

desenvolvidas. A profissional que mais demonstrou irritação para com a interrupção do serviço chorou ao relatar as possibilidades que vislumbrava para tornar o atendimento público ao idoso mais eficiente. Todos os profissionais entrevistados abordam os benefícios de um serviço para o idoso com caráter multidisciplinar. Apesar de falarem da necessidade de uma perspectiva multidisciplinar, em que se inclui o medicamento, no atendimento aos idosos, quando explicitam sua concretização, enfatizam aspectos da sua formação básica. Há uma distância entre o que elaboraram conceitualmente e a perspectiva de ações conjuntas: cada profissional atua em seu espaço previamente determinado. Fazem o que consideram melhor no seu campo de atuação, mas reclamam da inexistência de apoios eficientes para os encaminhamentos necessários. O que encontrei no centro de saúde foi uma compreensão da totalidade do fenômeno do envelhecimento, não obstante a insatisfação no aproveitamento do potencial profissional. A flexibilidade dos profissionais que atuam no centro chama a atenção, nos dois casos que seguem.

Uma das entrevistas não pode ser aproveitada pois a depoente, apesar de freqüentar as atividades do grupo Manutenção, não pertence a faixa etária do estudo; ela tem 58 anos.

Minha mãe tem 83 anos, este mês ela vai fazer 84, eu queria que ela sáísse um pouco, conhecesse alguém, soube que aqui tinha essas reuniões de terceira idade e vim conversar com a [assistente social do centro]. Mas como ela já fez operação da catarata nas duas vistas e esse pedaço que eu moro a calçada é muito ruim, eu teria que trazer e depois vir buscar; conversando com a [assistente social do centro], ela me disse que apesar de eu não ter idade para freqüentar, não tinha problema. Então, eu fiz a matrícula mais para acompanhá-la nas reuniões, assim eu vinha com ela, já ficava e participava também.

Outra depoente relata a história da sua inserção no atendimento do centro de saúde, apontando a maleabilidade na seleção dos usuários.

É porque sou matriculada há anos aqui no Centro. Eu morava aqui na Teodoro, depois aluguei minha casa e fui lá para o Jardim Celeste. Mas eu vim aí, eu tenho cartão a anos, deixaram eu continuar. Aí me interessou fazer este ano, eu estava muito tensa, muitos problemas e foi assim... (Viv4)

Através da análise do material, concluo que a identidade com um outro semelhante, propiciada pelas atividades lúdicas e em grupo para os idosos, no centro de saúde, possibilitam a exteriorização sem crítica de momentos íntimos. Os encontros

solidários, garantem o resgate do sentido de pertinência, diminuindo as angústias relativas a sensação de isolamento. As informações fornecidas pelos técnicos, nas reuniões, abrem a possibilidade de compreensão das alterações físicas em curso, possibilitando a substituição do uso do medicamento nos casos em que é usado como suporte para as angústias. A exclusão do idoso da vida social é um elemento que se reflete na saúde. Através da sociabilidade nos grupos, o pertencimento é promovido.

Neste momento, aponto para a importante contribuição que a formação em gerontologia pode dar à equipe multidisciplinar.

Esta foi uma conclusão de uma psicóloga, na área de gerontologia, fazendo uma análise dos multis fatores implicados no uso e desuso do medicamento na velhice.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível agora afirmar que as metáforas em torno do medicamento partem de concepções valorativas existentes na sociedade. Elas surgem como forma de explicar aquilo que não se conhece, que nada mais é do que um amálgama de estigmas e preconceitos que a sociedade alimenta perante o uso do medicamento na velhice. A idéia não é só ter idosos sadios e utilizar o medicamento para escamotear o conflito proveniente do processo físico de envelhecimento. Velhice não é sinônimo de doença; alterações físicas acontecem nesse processo. Não se nega os avanços tecnológicos, mas se procura identificar epidemiologicamente os fatores predisponentes, criando possibilidades sociais adequadas à prevenção, no atual debate da promoção da saúde. Problemas de ética e liberdade estão incrustados nessas medidas de promoção de saúde. No entanto, parece não existir nenhum modelo que possa ser imposto como condição de vida saudável.

Giovanni Berlinger defende a ética da solidariedade nas relações entre profissionais e pacientes como capaz de fazer frente a essa questão.

“Contrapor o bombardeamento de informações enganosas e interesseiras a notícias objetivamente mais confiáveis é tão útil mas não suficiente, se não existir sintonia de culturas e de propósitos entre informantes e informados, e se faltar o sentido do limite, que deriva do 'sei que não sei' socrático e do respeito aos direitos alheios” (Berlinger, 1993, p. 152)

A relação entre escolhas pessoais, prevenção ambiental e intervenção pública está associada às medidas de promoção da saúde, não sendo domínio de uma única área do conhecimento. No entanto, a promoção da saúde não garante a velhice isenta dos processos degenerativos. Seria interessante que a atividade profissional pudesse ser aproveitada para informar, associar, compartilhar informações e objetivos da atividade médica.

“Estas carências comuns, mas não gerais, correm o risco de serem agravadas por dois processos vigentes: a superespecialização das atividades médicas e o aparecimento de novas profissões colaterais, integrativas ou até mesmo substitutivas do trabalho do médico. Sem saudades do 'médico faz-tudo' é justo dizer que uma maior tendência para a síntese diagnóstica e terapêutica, uma melhor comunicação com as pessoas e um ouvir atento das experiências comuns poderiam contribuir de maneira mais eficaz para a promoção da saúde.” (Berlinger, 1993, p. 158)

O papel dos profissionais, especialmente daqueles com formação em humanas, passa a ter a função de continência para novos possíveis vãos dos idosos, realizados através de programas com aparente conteúdo de lazer, propiciadores de uma escuta

cuidadosa. O perfil mediador desses mesmos profissionais permite a integração de temas pertinentes ao envelhecimento e que estão no limite entre várias ciências.

Ressaltando essa importante postura, de considerar os idosos como participantes ativos na sociedade, cito o documento lançado para o Plano de Ação sobre Envelhecimento, aprovado em Viena pelas Nações Unidas, que oferece a base para um enfoque na promoção da saúde.

"O Comitê Executivo enfatizou o papel de liderança da OPAS na promoção da saúde ao longo do ciclo da vida e a necessidade de se concentrar nas seguintes prioridades: fortalecer a capacidade dos serviços primários de saúde para atender as necessidades de uma população idosa em rápido crescimento, fortalecer os recursos familiares para cuidado dos idosos e promover a integração social dos idosos." (25^a Conferência Sanitária Pan-Americana, 1998, p. 3)

Os depoimentos evidenciam o estreito vínculo de dependência que os três segmentos estudados estabelecem entre indivíduo e sociedade. Em outras palavras, a boa qualidade não depende só dos esforços individuais dos idosos. Para garantir uma boa saúde, é preciso haver condições mínimas de dignidade na velhice, a fim de que o sujeito se sinta valorizado como ser humano e motivado a desenvolver cuidados pessoais. Seguindo as sugestões dadas pelos depoentes, podemos afirmar que a dificuldade em encontrar recursos e oportunidades para mostrar seu valor, impede a manifestação do potencial humano existente entre os idosos. Não havendo meios de expandir essas capacidades, resta voltar a atenção para as perdas físicas e torná-las objeto de atenção constante, o que influi no uso excessivo do medicamento ou na recusa em seguir determinadas prescrições medicamentosas.

Segundo falas dos idosos, as instituições não precisariam de grandes investimentos para dar cobertura às demandas deste segmento. É apontada a condição indigna dos cidadãos idosos, prejudicada por políticas ineficazes, e atribuída ao governo a parcela de responsabilidade sobre a questão. Cobra-se do Estado a coordenação de esforços nacionais para reverter esse quadro.

Com este estudo, confirma-se que não é apenas o Ministério da Saúde que deveria se ocupar do direito às condições de saúde. Não há dúvida de que afetam diretamente a saúde a nutrição inadequada e insuficiente, a moradia inadequada e anti-higiênica, o trabalho em ambiente insalubre, a deficiência de tratamento sanitário para

água e esgoto, o valor irrisório da aposentadoria para os ditos inativos e a escassez de lazer. É o poder público como um todo que deve assumir a adoção de políticas que propiciem as condições econômicas e sociais para a saúde da população envelhescente. Os próprios idosos deverão conquistar a voz pelo direito à saúde: o aposentado deve ter consciência de sua importância nessa disputa. Na ocasião da coleta de depoimentos do segmento idoso, as reclamações parecem antes desabafos, distantes das reivindicações organizadas de um grupo. Nos profissionais, essa consciência parece estar sendo forjada no dia - a - dia da prática profissional, junto aos idosos. São dois segmentos distintos amadurecendo concomitantemente.

Sentir-se bem através dos programas de lazer permite um distanciamento e a possibilidade de reconstrução do sentido do viver, no entanto, em primeiro lugar, é sempre a família a referência de apoio em caso de alguma necessidade para a saúde, só depois é que se recorre a alguém de fora ou a algum suporte institucional. Retomo aqui as recomendações do Programa de envelhecimento e Saúde da OPAS, referentes ao apoio que a família do idoso necessita.

"Como a atenção no seio da família é o fator mais importante do cuidado dos idosos debilitados, será preciso que os governos elaborem programas para apoiar as famílias no seu papel de provedoras de atenção." (25^a Conferência Sanitária Pan-Americana, 1998, pg. 6)

Mais pesquisas e educação continuada dos prestadores de serviço a este segmento, combinadas com medidas públicas de vigilância e acompanhamento, podem ser um começo para uma cobertura de vida para os idosos. Visitas de orientadores acadêmicos a profissionais poderiam atualizá-los no que diz respeito aos mitos do envelhecimento.

Mais cedo ou mais tarde, as instituições que não quiserem perder terreno terão de se preparar para o atendimento especializado ao cliente de mais idade. Já se sente esse movimento na incorporação da imagem positiva do velho pela mídia, para efeito do consumo. Simbologias representam fatos sociais que se tornam presentes através de imagens. Nesse sentido, chamo a atenção para a salutar movimentação que encontrei na preocupação coletiva com o uso do medicamento pelos idosos. Investir na formação dos diferentes profissionais vinculados ao atendimento desse público é outra importante recomendação da OPAS.

"A ausência de educação gerontológica e geriátrica para os profissionais de atenção primária e de aptidões para gestão de programas entre gerontologistas e geriatras constitui grave barreira ao desenvolvimento de planos e programas nacionais" (25ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 1998, pg. 8)

Vale a pena ainda, salientar os cinco itens incorporados pelo plano de ação adotado pelo Programa Global da OMS sobre Envelhecimento:

- a) uma perspectiva do curso da vida;
- b) uma perspectiva da promoção da saúde;
- c) uma perspectiva de gênero;
- d) uma perspectiva intergeracional; e
- e) uma perspectiva ética.

Assim sendo, é preciso pensar de outra forma o que é saúde na velhice, de maneira que se possa atentar para a relação entre saúde, velhice e medicamento. Os idosos repetem os ensinamentos dos profissionais e, por sua vez, os profissionais ficam excluídos dos conflitos que geram a introdução do medicamento. Quem se automedica é sempre um "outro" qualquer. Respeitar a subjetividade de cada idoso na relação com o medicamento num serviço de saúde, em que a possibilidade de verbalização tem tempo limitado, é bastante difícil. Numa estrutura deficitária, apoiar-se totalmente no autocuidado pode escamotear as falhas de acesso aos serviços médicos, no sentido de permitir de uma escuta atenta, ficando para a família o acolhimento da angústia dos idosos. O educar, no sentido de compartilhar conhecimentos, é uma tarefa importante a ser desenvolvida pelos profissionais da saúde. A re-orientação alimentar e as atividades físicas são de suma importância num país que tende a ver o número de idosos ampliado.

Já na finalização deste trabalho, tive acesso a um precioso artigo de Norberto Bobbio, no qual ele cita a Assembléia Mundial, realizada em Viena, em 26 de agosto de 1982, e com recomendações aprovadas na Assembléia Geral das Nações Unidas, em 3 de dezembro do mesmo ano, visando um programa de ação internacional para o cada vez maior número de anciãos. Interessou-me sobretudo a ênfase dada às recomendações citadas pelo autor, no que se refere ao suporte que deveria ser dado aos familiares cuidadores dos velhos.

Cito textualmente algumas dessas 'recomendações' porque geralmente os documentos internacionais não estão disponíveis a todos. 'Recomendação número 2': A proteção às

pessoas idosas deve superar a simples luta contra a doença, mas almejar até seu bem estar total [...] Os cuidados com a saúde deveriam considerar o conjunto dos setores sanitários e sociais, assim como a família, em vista da melhora da qualidade de vida dos anciãos. Tudo deveria ser feito especialmente no domínio dos tratamentos primários, para que os anciãos continuem a levar uma vida independente, cada vez mais longe no seio das suas famílias (este conceito de permanência do ancião na família está, de agora em diante, presente em todos os documentos internacionais) e na sua comunidade, em vez de serem excluídos e isolados de todas as atividades da sociedade [...] 'Recomendação 5': É importante estabelecer um equilíbrio apropriado entre a função das instituições e da família na prestação da assistência ao ancião, reconhecendo que os familiares e os mais próximos são elementos chave de todo o sistema equilibrado [...] 'Recomendação' 9: Convém encorajar os anciãos a participar da organização e funcionamento dos serviços sanitários. Um dos princípios fundamentais em matéria do atendimento ao ancião é permitir que conduzam o maior tempo possível uma vida independente no centro da sua comunidade. 'Recomendação' 13: Convém desenvolver ainda mais o tratamento a domicílio para garantir serviços sanitários e sociais de boa qualidade e em quantidade suficiente, para que os anciãos possam permanecer na própria comunidade e viver independentes tanto quanto possível. Os atendimentos a domicílio não deveriam ser uma alternativa ao atendimento hospitalar: esses dois tipos de assistência são antes mais complementares do que alternativos [...] 'Recomendação 25': A família, sendo reconhecida como a célula base da sociedade, deveria ser encorajada, protegida, revigorada de acordo com os sistemas de valores culturais próprios a cada sociedade, para ajudá-la a responder melhor aos problemas dos anciãos. (Bobbio, 1988, traduzido)

Ao retomar o conjunto deste trabalho, não posso deixar de fazer referência a uma sensação da infância que sistematicamente me vem quando de minha chegada a este país. Apesar de no meu local de origem também se falar a língua portuguesa, eu dizia que falavam outra língua, e eu não compreendia bem o que diziam. Penso que neste trabalho dou continuidade ao processo de tentar deixar transparente aquilo que se apresenta como enigma, como se eu estivesse num país estranho. Eu quis aqui, mais uma vez em minha vida, colocar-me como a estrangeira que busca entender os códigos desse novo idioma através do garimpo de falas que são verdadeiras preciosidades.

Espero que este material possa sensibilizar para a importância da multiplicação de “outros estrangeiros” nesta área, já que estudar aspectos relacionados à velhice é estudar o futuro de todos nós e abrir perspectivas para um novo modo de ser e ver o tema.

Mais uma vez me aproximo de Geertz, ao tratar as descodificações como interpretações abertas e incompletas. Os significados estão em constante mutação, portanto, esta análise continua incompleta, e cabe aos próximos pesquisadores do tema dar continuidade ao estudo das simbologias do medicamento relacionadas ao envelhecimento.

A vivência na Faculdade de Saúde Pública da USP, ampliou a minha visão de saúde, abrindo-me novas perspectivas de atuação enquanto profissional de psicologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERES, V.L.G. **A gente que tem o amarelão tem que se conformar - A atenção a saúde na perspectiva dos idosos**. São Paulo: 1994 [Mestrado em Psicologia Social. Pós-graduação em Psicologia Social, PUC/SP].
- BERGER, L. & MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas idosas. Uma abordagem global**. Lisboa: Lusodicacta, 1995.
- BERQUÓ, E. Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Ministério da Previdência e Assistência Social/Secretaria de Assistência Social. Brasília (DF): 1996 (mar.).
- BERLINGER, G. **Questões de vida. Ética, ciência, saúde**. Salvador, São Paulo, Londrina: APCE/HUCITEC/CEBES, 1993.
- BIRMAN, J. "Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise In **Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Org. Renato Veras. Rio de Janeiro. Relume Dumará, 1995.
- BOBBIO, N. "Os valores e os direitos humanos dos idosos dependentes crônicos". Trad. De Anita Aratangy In: **Eutanasia do abbandono**. Turim: ROSENBERG & SELLIER, 1968 [inédito em português]
- BOGOCHVOL, A. "Algumas reflexões sobre a psiquiatria biológica". **Boletim de Novidades Pulsional/Centro de Psicanálise** (Psicanálise e psiquiatria hoje: Considerações). 1997 (jul.): ano X, n. 99.
- Boletim do Centro Brasileiro de Informações sobre Medicamentos, **CEBRIM**, Ano 2- N. 3 Mai/Jun, 1997.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CONFORT, A. **A boa idade**. Rio de Janeiro: Difel, 1977.
- DEBERT, G.G. "As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual." Trabalho apresentado no Seminário Internacional: Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século. Brasília, 1-3 de Julho. 1996.
- FIGUEIREDO, L.C.M. & SANTI, P.L.R. **Psicologia uma (nova) introdução**. São Paulo: EDUC, 1997.
- FORATTINI, O.P. **Ecologia epidemiologia e sociedade**. São Paulo: Edusp, 1992.

- FRANCO, M.L.P.B. “‘Estudo de Caso’ e a análise quantitativa/qualitativa”. In: **Ensino médio: Desafios e reflexões**. Campinas: Papirus, 1994.
- GARROTE, M.S. “Interdisciplinariedade, éticas e construções psicopatológicas – para uma clínica contemporânea”. **Boletim de Novidades Pulsional/Centro de Psicanálise** (Psicanálise e psiquiatria hoje: Considerações). 1997 (jul.): ano X, n. 99.
- GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.
- GIGANTE, A.G. **O que é remédio**. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- HELLER, A. & FEHÉR, F. **Biopolítica la modernidad y la liberación del cuerpo**. Barcelona: Península. 1995.
- LAURELL, M.E. **Salud Publica en America Latina**. Republica Dominicana. Impresos de Calidad, S. A., 1980
- LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.
- _____. **O processo de constituição do sujeito, da sua saúde e da sua doença**. São Paulo: 1995 [Tese de Livre Docência em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública/USP].
- LEITE, M.P.S. “Velhos sintomas, nova classificação. O DSMIV e a Psicanálise”. **Boletim de Novidades Pulsional/Centro de Psicanálise** (Psicanálise e psiquiatria hoje: Considerações). 1997 (jul.): ano X, n. 99.
- LENT, C. “Mutaçao psíquica do particular ao universal”. In: **Transformação**. Rio de Janeiro: Diferença, 1993.
- LEXCHIN, J. “Por que envenenar os velhos?”. **Boletim SOBRAVIME** (Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos). 1994 (ago/set/out), n. 14.
- MEDEIROS, S.L. **Práticas terapêuticas não-convencionais usadas por idosos. Estudo realizado em uma instituição estatal de saúde da cidade de São Paulo**. São Paulo: 1997 [Tese de Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública/USP].
- MESSY, J. **A pessoa não existe**. São Paulo, Ed. Aleph, 1992.
- MORIN, E. & KERN, A.B. **Terra-pátria**. Lisboa: Instituto Piaget, s.d.
- MOURA, D. **Saúde não se dá: conquista-se**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- NERI, A.L. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993.

NUTBEAM, D. **Promoción de la salud: una antología**. Organización Panamericana de la salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington (DC): OPS, 1996 [Publicación científica n. 557].

Organización Panamericana de la Salud. **La salud de los ancianos: una preocupación de todos**. Washington (DC): OPS, 1992 [Comunicación para la salud n. 3]

Promoção da Saúde. Carta de Otawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Bogotá. Ministério da Saúde/Fundação Osvaldo Cruz/IEC (Informação Educação e Comunicação). Brasília (DF): 1996.

ROSENBERG, A.M.S. "Dialogando com a psiquiatria: das fobias à síndrome do pânico". Revista **Percursos**. 1997: n. 19.

ROZENFELD, S. "Os idosos e os medicamentos na sociedade." **Boletim SOBRAVIME** (Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos), 1997, out/dez, n. 27

SCLIAR, M. "Editorial". **Boletim de Novidades Pulsional/Centro de Psicanálise**. (Psicanálise e psiquiatria hoje: Considerações). 1997 (jul.): ano X, n. 99.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 2ª. ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez, 1996.

SPINK, M.J.P. "Representações sociais: questionando o estado da arte". **Psicologia e Sociedade** [Revista da Associação Brasileira de Psicologia Social-ABRAPSO]. 1996 (jul./dez.): vol. 8, n. 2.

_____. "A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial". **Saúde e Sociedade**. 1992: 1(2), pp. 125-39.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1984.

TEIXEIRA, J.J.V. & SPÍNOLA, A.W.P. "Comportamento do paciente idoso frente à aderência medicamentosa". **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**. 2 (1) 5-9, 1998.

ZARIFIAN, Édouard. "Os limites de uma conquista". **Boletim de Novidades Pulsional/Centro de Psicanálise**. (Psicanálise e psiquiatria hoje: Considerações). 1997 (jul.): ano X, n. 99.

OBRAS CONSULTADAS

- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, São Paulo: Edições 70/Martins Fontes, 1979.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- _____. **Uma morte muito suave**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.
- BERLINK, M. "A envelhescência". **Boletim de Novidades Pulsional**. 1996 (nov.): ano IX, n. 91.
- BIRMAN, J. "Barbárie, cidadania e desejo". **Boletim de Novidades Pulsional**. 1994 (abr.): ano VII, n. 60.
- BOBBIO, N. **O tempo da memória**. De senectude e outros escritos autobiográficos. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- BOSI, E. **Lembranças de velhos**. Memória e sociedade. São Paulo: Edusp, 1987.
- CARVALHO, M.C.B et al. **Programas e serviços de proteção e inclusão social dos idosos**. Série Programas e Serviços de Assistência Social. MPAS/SAS/PUC. São Paulo: 1998.
- CALLIGARIS, C. "Um narcísico mundo novo". **Boletim de Novidades Pulsional**. 1996 (jun.): ano IX, n. 86.
- CAMDESSUS, B., BONJEAN, M. & SPECTOR, R. **Crisis familiares y ancianidad**. Barcelona: Paidós, 1995.
- CHINEN, A.B. **...E foram felizes para sempre**. São Paulo: Cultrix, 1997.
- DURHAM, E.R., "Família e reprodução humana". **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983, n. 3.
- EIGUER, A. **O parentesco fantasmático**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- FERICGLA, J.M., "Família, formas de residencia y vida cotidiana". In: **Envejecer. Una antropología de la ancianidad**. Barcelona: Anthropos, 1992.
- FONTES, A. Vídeo: **Trancado por dentro**. Brasil, 1988.
- GEIST, H. **Psicología y psicopatología del envejecimiento**. Buenos Aires: Paidós, 1977.
- GOLDFARB, D.C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

- HERR, J. & WEAKLAND, J. **Terapia Interaccional y Tercera Edad. Asesorando a la familia del geronte.** Buenos Aires: Nadir, 1979.
- KIENTZ, A. **As insubstituíveis avós.** Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1983.
- LACAN, J. **La familia.** Buenos Aires: Homo Sapiens, 1977.
- LENT, C.F., “A mutação psíquica: do particular ao universal”. In: **Transformação.** Rio de Janeiro: Diferença, 1993.
- LESSING, D. **O diário de uma boa vizinha.** Rio de Janeiro: Record, 1984.
- _____. **Se os velhos pudessem.** Rio de Janeiro: Record, 1984.
- LIMA, A.M.M. **Saúde no envelhecimento: O discurso sanitário nos programas de saúde.** São Paulo. 1996. [Mestrado em de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina / USP].
- LIPOVETSKY, G. **O crepúsculo do dever.** Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1994.
- MAUTNER, A.V. “A envelhescência”. **Boletim de Novidades Pulsional.** 1996 (nov.): ano IX, n. 91.
- MEDEIROS, A.P.R.R. **O olhar de quem convive. As interpretações simbólicas dos familiares cuidadores de portadores de transtorno mental no que se refere ao transtorno e ao portador, no convívio social.** São Paulo: 1997. [Mestrado em Serviço Social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social, PUC/SP].
- MERCADANTE, E.F. **A construção da identidade e da subjetividade do idoso.** São Paulo: 1997 [Doutorado em Ciências Sociais. Programa em Pós-graduação em Ciências Sociais, PUC/SP].
- MONICELLI, M. Filme: **Parente é serpente.** Itália, 1993.
- NETTO, A. J. **Gerontologia Básica.** São Paulo. Lemos. 1997.
- PINHEIRO, O.G. **O sentido das queixas de usuários de serviço de saúde mental: Uma análise discursiva.** São Paulo:1998. [Doutorado em Psicologia Social. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, PUC/SP].

Revista **Kairós** (Gerontologia). São Paulo: EDUC, 1998, ano I, n. 1.

TAMARO, S. **Vá aonde seu coração mandar**. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

TEIXEIRA, J.J.V. **A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso: Relação com os profissionais de saúde**. São Paulo: 1998 [Mestrado em Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública/USP].

RASCOVSKY, A. **Filicidio, violencia y guerra**. Buenos Aires: Schapire, 1975.

REDLER, P. *Abuelidad. Más allá de la paternidad*. Buenos Aires: Legasa, 1986.

SALVAREZZA, L. “El trabajo com las familias en la clinica psicogeriatrica”. In: **Psicogeriatría. Teoría y clínica**. Buenos Aires: Paidós, 1991.

SAVILLE, P. Filme: **Retratos de família**. EUA, 1993.

SIMENON, G. **O gato**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

THOMAS, L.V. “Actitudes colectivas hacia los ancianos: problema de civilización”. In: **La cuestion del envejecimiento**. Madri: Biblioteca Nueva, 1992.

WORSLEY, P. “A família”. In: **Introdução à sociologia**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1970, vol. II, cap. III.

ANEXO

Modelo de roteiro de entrevista para médicos que atendem idosos, profissionais de saúde que trabalham com idosos e o segmento idoso tratado por estes profissionais

INTRODUÇÃO

Idade: _____ anos

Sexo: () masculino () feminino

Vínculo com o Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza:

() funcionário

() usuário

() contratado

() aprimorando

() estagiário

Atividade desempenhada: _____

Nível de escolaridade: () 1º grau () 2º grau () universitário

ROTEIRO

I. Definição de saúde para o idoso

II. Interferências na saúde do idoso

III. Em que situação(ões) a medicação pode beneficiar a saúde do idoso

IV. Em que situação(ões) a medicação pode ser prejudicial

V. Se fosse possível o acesso a todo dinheiro de que necessitasse, quais recursos usaria para melhoria da saúde do idoso