

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SUSANNE ELERO BETIOLLI

**AS PRÁTICAS CULTURAIS DE CUIDADO COM A SAÚDE DOS IDOSOS  
LONGEVOS NO ÂMBITO DOMICILIAR**

CURITIBA

2012

SUSANNE ELERO BETIOLLI

**AS PRÁTICAS CULTURAIS DE CUIDADO COM A SAÚDE DOS IDOSOS  
LONGEVOS NO ÂMBITO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Prática Profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Helena Lenardt

CURITIBA

2012

Betioli, Susanne Elero

As práticas culturais de cuidado com a saúde dos idosos longevos  
no âmbito domiciliar / Susanne Elero Betioli – Curitiba, 2012.  
187 f. : il. (algumas color) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Helena Lenardt  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade  
Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem geriátrica. 2. Idosos de 80 anos ou mais.  
3. Longevidade. 4. Cultura. I. Lenardt, Maria Helena. II. Universidade  
Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.970231


**TERMO DE APROVAÇÃO**

SUSANNE ELERO BETIOLLI

**AS PRÁTICAS CULTURAIS DE CUIDADO COM A SAÚDE DOS IDOSOS  
LONGEVOS NO ÂMBITO DOMICILIAR**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:   
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria Helena Lenardt  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani  
Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 13 de dezembro de 2012.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus pelo dom da vida e pela força motivacional que nos permite seguir adiante.

Aos meus pais, Elisabete e Nivaldo, que sempre estiveram ao meu lado com amor, apoio e compreensão.

À orientadora do estudo, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Lenardt, pela paciência, pelos ensinamentos e pela atenção.

Aos membros (e como não chamar de amigas) do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI/UFPR) pelas suas contribuições na construção deste trabalho, em especial, à doutoranda Mariluci Hautsch Willig, companheira divertida de coleta das informações; à Dâmarys Kohlbeck de Melo Neu Ribeiro, amiga de longa data; à Marcia Daniele Seima e à Tatiane Michel, pessoas especiais que fazem a diferença.

À enfermeira Ana Elisa Casara Tallmann e a todas as agentes comunitárias de saúde da Unidade Básica de Saúde Bairro Alto, pela fundamental contribuição durante o trabalho de campo.

Aos longevos (as) que, de uma maneira extremamente particular e carinhosa, me permitiram adentrar seus domicílios e compartilhar de sua vasta experiência de vida.

Às professoras do Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, pelas reflexões suscitadas ao longo dessa trajetória.

Aos colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem, com os quais convivi e compartilhei alegrias e dificuldades nesse caminho.

À Coordenação do Programa de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro que propiciou maior dedicação neste trabalho.

BETIOLLI, Susanne Elero. **As práticas culturais de cuidado com a saúde dos idosos longevos no âmbito domiciliar.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012. 187p.

## RESUMO

O envelhecimento populacional é um relevante fenômeno mundial e ressalta-se o expressivo incremento da população com idade superior a 80 anos, também denominada longeva, mais velha, mais idosa. O olhar atento para os modos como esses idosos se cuidam foi eleito como fator determinante dentro da estrutura para compreender o envelhecimento. Destaca-se a Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger como um meio que possibilita ao enfermeiro prover cuidados culturalmente congruentes aos longevos. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo de abordagem cultural, cujo objetivo foi descrever as práticas, crenças e valores de cuidado com a saúde dos idosos longevos. O estudo foi desenvolvido com idosos longevos no Bairro Alto do município de Curitiba e teve como cenário focalizado os domicílios dos idosos. Os participantes do estudo foram 34 informantes gerais e 12 informantes-chaves, que estiveram envolvidos nas cenas culturais. A coleta e as análises das informações ocorreram entre fevereiro e setembro de 2012, por meio do modelo O-P-R (observação-participação-reflexão) e entrevistas etnográficas segundo Spradley e McCurdy. Emergiram três domínios culturais: 1) suporte para o cuidado da saúde dos mais velhos; 2) maneiras dos longevos cuidarem da sua saúde; e 3) passagens ao longo do curso de vida que refletiram no cuidado dos mais idosos. Do conjunto dos domínios e taxonomias resultou o seguinte tema cultural O sagrado e o afeto: âncora dos longevos para os cuidados à saúde. O sagrado e o afeto foram considerados os elementos mais significativos nas práticas de cuidados à saúde dos mais idosos. O afeto para os longevos está relacionado à necessidade de amor e pertencimento, e é com os membros familiares que eles encontram a afetividade que sustenta a vida. O sagrado se manifesta nos longevos por meio da religiosidade e essa se constitui um atributo do cuidado de si. Desfrutar da convivência harmônica com Deus está entre os principais cuidados com a saúde dos mais idosos, numa mistura de sagrado e profano, de ritos e mitos, num verdadeiro sincretismo religioso. Uma das contribuições para a Enfermagem gerontológica, que se pode extrair do presente estudo, se refere à consideração do ponto de vista dos mais idosos. Esse respeito pela palavra do outro, que desde então passou a caracterizar a Antropologia, deve servir de inspiração para nossas práticas de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem Geriátrica; Idosos de 80 Anos ou Mais; Longevidade; Cultura.

BETIOLLI, Susanne Elero. **Cultural practices of health care of the oldest old in the home environment**. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Federal University of Paraná, Curitiba, 2012. 187p.

## ABSTRACT

Population aging is a global phenomenon and highlights relevant to the significant increase of the population aged over 80 years, also called long-lived, older, oldest. The closer look at the ways these elderly care if he was elected as a determining factor within the structure to understand aging. We highlight the Theory of Diversity and Universality Cultural Care Madeleine Leininger as a medium that allows nurses to provide culturally congruent care to oldest. This is a qualitative descriptive study of the cultural approach, whose goal was to describe the practices, beliefs and values of health care for the oldest old. The study was conducted with the oldest old in Bairro Alto and the city of Curitiba has focused scenario as the households of the elderly. Study participants were 34 general informants and 12 key informants who were involved in cultural scenes. The collection and analysis of information occurred between February and September 2012, using the model OPR (observation-participation-reflection) and ethnographic interviews second Spradley and McCurdy. Revealed three cultural domains: 1) support for the health care of older; 2) ways of longevos care of your health; and 3) passes along the course of life that reflected in the care of older people. Of all the domains and taxonomies resulted the following cultural theme The sacred and affection: the oldest anchor for health care. The sacred and affection were considered the most significant elements in the practice of health care for older people. The affection for the long-lived is related to the need for love and belonging, and is with family members they encounter affection that sustains life. The sacred manifests itself through the oldest religion and that constitutes an attribute of self-care. Enjoy the harmonious coexistence with God is among the leading health care of older people, a mixture of sacred and profane, rites and myths, a real religious syncretism. One of the contributions to gerontological nursing, which emerges from the present study, refers to the consideration of the viewpoint of the elderly. This respect for the other word, which has since characterized anthropology, should serve as inspiration for our practical nursing.

**Key words:** Geriatric Nursing; Aged, 80 and Over; Longevity; Culture.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>14</b>
2.1 LONGEVIDADE: ASPECTO EMERGENTE DO ENVELHECIMENTO .....	14
2.2 A CULTURA E AS PRÁTICAS DE CUIDADO .....	22
2.3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO .....	29
2.3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA TEORIA DE LEININGER .....	30
2.3.2 TEORIA DA UNIVERSALIDADE E DIVERSIDADE DO CUIDADO CULTURAL .....	35
2.3.2.1 <i>Sunrise Enabler</i> , o Modelo Sol Nascente .....	43
2.3.3 PESQUISA QUALITATIVA DE ABORDAGEM CULTURAL .....	46
2.3.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES .....	49
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>55</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	55
3.2 CENÁRIO CULTURAL .....	57
3.3 ATORES E INFORMANTES DO ESTUDO .....	59
3.4 ENTRADA NO CAMPO .....	61
3.5 O TRABALHO DE CAMPO .....	62
3.6 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES .....	65
3.7 RIGOR METODOLÓGICO E ASPECTOS ÉTICOS .....	66
<b>4. DESCRIÇÃO DO CENÁRIO CULTURAL</b> .....	<b>68</b>
4.1 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS, SOCIAIS E DEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS MAIS IDOSOS .....	68
4.2 BAIRRO ALTO E DOMICÍLIOS DOS MAIS IDOSOS .....	77
<b>5 DOMÍNIOS E TAXONOMIAS CULTURAIS</b> .....	<b>91</b>
5.1 DOMÍNIO CULTURAL 1 – SUPORTE PARA O CUIDADO DA SAÚDE DOS MAIS VELHOS .....	91
5.2 DOMÍNIO CULTURAL 2 – MANEIRAS DOS LONGEVOS CUIDAREM DA SUA SAÚDE .....	106
5.3 DOMÍNIO CULTURAL 3 – PASSAGENS AO LONGO DO CURSO DE VIDA QUE SE REFLETIRAM NO CUIDADO DOS MAIS IDOSOS .....	139
<b>6 TEMA CULTURAL – O SAGRADO E O AFETO: ÂNCORA DOS LONGEVOS PARA OS CUIDADOS À SAÚDE</b> .....	<b>157</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>162</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>166</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>181</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>184</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um relevante fenômeno mundial, destacando-se pelo expressivo aumento da população com idade superior a 80 anos. É notório que a população idosa está envelhecendo cada vez mais, trazendo consigo características que alteram o perfil geral dos idosos, o que provoca novas distinções entre eles e, conseqüentemente, outras demandas.

Segundo Camarano (2002), a proporção de pessoas “mais idosas” está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, isto é, a população considerada idosa também está envelhecendo. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento populacional chamado idoso.

Para a faixa etária de 80 anos ou mais, existem diversas denominações. Neste estudo, serão utilizados, alternadamente, os termos sinônimos segundo o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006): longo, mais velho, idoso mais idoso e idoso em velhice avançada.

O crescimento absoluto da população do Brasil nestes últimos dez anos se deu principalmente em função do crescimento da população adulta, com destaque também para a progressiva participação dos idosos. Esse alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo aumento da participação relativa das pessoas com 65 anos ou mais, que era de 4,8% no ano de 1991, passando a 5,9% em 2000, e chegando a 7,4% em 2010. No que se referem às regiões do Brasil, os dados apontam o Sul e o Sudeste como as mais envelhecidas do país, com 8,1% da população formada por idosos em 2010. Desse modo, a região Sul conta com mais de três milhões de idosos com 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

Especificamente sobre os idosos longevos, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística aponta que essa população aumentou de 600 mil em 1980 para 1,6 milhão no ano 2000. Nos dez anos seguintes, o crescimento desse segmento etário foi bastante significativo – aproximadamente três milhões. No ano de 2010, no estado do Paraná, residiam mais de 145 mil idosos mais velhos e mais de 27 mil deles se encontravam na cidade de Curitiba (IBGE, 2010).

Com aproximadamente três milhões de longevos no Brasil, aponta-se que as projeções para esses idosos são de nove milhões no ano de 2020 e 14 milhões em 2040 (IBGE, 2008; 2010). Essa ascensão da população, com maior velocidade de crescimento entre os idosos com 80 anos ou mais, acarreta uma série de implicações sociais, epidemiológicas e culturais.

Existe um consenso de que o conhecimento sobre essa faixa etária ainda está muito aquém do necessário, principalmente por se tratar do segmento que mais cresce no país. De acordo com pesquisa bibliográfica cujo objetivo foi investigar a produção de conhecimento sobre a pessoa idosa longeva, Lima e Menezes (2011) afirmam que de 88 artigos científicos analisados, a enfermagem representou 4,5% das produções. As autoras concluem que a produção sobre o idoso longevo ainda é singela e tímida no campo da enfermagem, sugerindo a ampliação e a qualificação das publicações direcionadas à temática.

De maneira semelhante, Nogueira (2008) adverte quanto à importância da realização de pesquisas com o intuito de compreender melhor as peculiaridades dessa faixa etária, de forma a contribuir para a construção de conhecimentos acerca dos idosos mais velhos. Menezes e Lopes (2009), em análise da produção de conhecimento sobre o idoso longevo nos programas de pós-graduação, no período de 1998 a 2008, assinalam ainda que apenas 12% dos estudos eram da área da enfermagem.

Em levantamento da literatura nacional e internacional realizado por Rosset, Pedrazzi, Roriz-Cruz *et al.* (2011a), os autores constataram que o número de produções científicas com enfoque no idoso mais idoso não apresenta crescimento compatível com a velocidade em que se encontra o envelhecimento populacional. Trata-se de um déficit importante evidenciado no âmbito da gerontologia, que requer consideração dos profissionais da área para a necessidade de produção de conhecimentos sobre esse segmento populacional.

No mesmo sentido, a qualidade de vida dos idosos longevos no Brasil é preocupante, em virtude da incidência da dupla carga de doenças, do baixo nível de renda e escolaridade e do déficit de cuidados. Esses são considerados apenas alguns dos principais fatores determinantes de incapacidades, dependência e perda da autonomia, que culminam em um envelhecimento mal-sucedido. Para promover o envelhecimento bem-sucedido, ou pelo menos aquele considerado normal, os

sistemas de saúde necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, à prevenção de doenças e ao acesso equitativo para os idosos aos cuidados e tratamentos.

Na provisão de cuidados aos mais velhos, é preciso que o provedor tenha em mente o respeito e a dignidade da pessoa idosa. É necessário ter disposição para reconhecer igualmente o direito de cada um deles ao acesso aos cuidados de alta qualidade e de longo prazo dignos, particularmente importantes na idade avançada. Esses elementos expressam uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto”, uma atitude de inclusão, que devem predominar nas ações de cuidado junto ao idoso mais idoso.

Os cuidados éticos perpassam pelo respeito à cultura de cuidados dos longevos. O olhar atento para os modos como se cuida foi eleito, no presente estudo, fator determinante dentro da estrutura para compreender o envelhecimento. Desse modo, tomar em conta os padrões comportamentais dos idosos mais velhos durante as ações de cuidado, seus pontos de vista, crenças, valores, hábitos de cuidados, pode resultar na intensificação do autocuidado, que é o principal aliado dos cuidados profissionais.

A Organização Mundial da Saúde destaca a importância em respeitar os contextos e as influências culturais da população idosa, na busca de um envelhecimento ativo e bem-sucedido (OMS, 2005). Desse modo, aponta-se o cuidado cultural como um meio de promover esse respeito aos mais velhos. De acordo com a enfermeira Dra. Madeleine Leininger, o cuidado cultural “se refere aos atos que assistem, suportam, facilitam e habilitam, direcionados ao outro, indivíduo ou grupo, para facilitar ou melhorar a condição humana, o modo de vida, a fim de promover ou manter o bem-estar (ou saúde), ou para ajudar os clientes frente às incapacidades ou morte em certas culturas” (LEININGER; McFARLAND, 2006, p.284).

Por sua vez, os valores culturais “se referem às forças poderosas, persistentes e diretivas que dão significado, ordem e direcionamento para os pensamentos, ações, decisões e modos de vida individuais ou coletivos, e geralmente permanecem por um longo período de tempo” (LEININGER; McFARLAND, 2006, p.284). Desse modo, o cuidado congruente aos valores, crenças e modos de vida das pessoas é considerado o mais amplo meio de

conhecer, explicar, justificar e prever fenômenos de cuidado em enfermagem e de orientar essas atividades de cuidado (LEININGER, 1985a).

A perspectiva do cuidado cultural é parte do desenvolvimento da própria ética do cuidado de enfermagem. Desse modo, ele é oferecido pelo enfermeiro de acordo com as crenças, valores e modos de vida do indivíduo, aflorado e decorrente do processo de interação. Esse processo tem momentos como o contato inicial enfermeira-paciente, seguido do conhecimento mútuo enfermeira-paciente-família e do conhecimento do ambiente familiar, a fim de se alcançar o cuidado cultural (LENARDT, 1996).

A assistência prestada ao idoso longevo na atenção básica é de extrema importância, especialmente para as Unidades Básicas de Saúde que desenvolvem Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual o enfermeiro mantém a liderança da equipe, trabalhando em território adstrito à unidade e próximo ao domicílio, das famílias e de sua cultura. A enfermeira na ESF é a profissional de saúde que está em contato direto com o idoso, acompanhando-o longitudinalmente, em diferentes momentos da vida, por meio das visitas domiciliares e consultas de enfermagem, realizadas no âmbito da unidade básica.

Além da enfermeira, as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também mantêm a equipe próxima da realidade vivenciada pelos longevos em seus domicílios. Portanto, há necessidade de a enfermagem e a equipe de saúde estarem atentos às práticas, crenças e valores culturais do idoso e sua família. Conhecer a cultura de cuidados dos longevos permite que a enfermeira reorienta suas ações alicerçadas na promoção da saúde, o que, de acordo com a OMS (2005), inclui o respeito pelas diferenças culturais existentes entre os indivíduos.

Em pesquisa realizada na mesma Unidade Básica de Saúde na qual foi desenvolvido o presente estudo, cujo objetivo foi identificar a condição de bem-estar psicológico do idoso longevo de uma comunidade, a autora concluiu que, no contexto da Atenção Primária, o mais idoso necessita de um cuidado gerontológico de enfermagem para além das dimensões biológicas. São ações que auxiliam os mais velhos a desenvolver sua autonomia, ampliar a rede social de apoio, bem como potencializar os aspectos do bem-estar psicológico (TALLMANN, 2011).

Nesse sentido, é preciso enfatizar uma prática direcionada para o apoio aos direitos e deveres dos longevos no exercício de sua participação, saúde e segurança

e para outros aspectos da vida em comunidade, que vão ao encontro dos princípios da Política do Envelhecimento Ativo (TALLMANN, 2011; OMS, 2005).

O interesse em realizar pesquisa acerca dos idosos esteve atrelado ao fato de ser membro do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI), inserido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Minha participação teve início no ano de 2008 e, a partir dessa data, tive a oportunidade de participar de estudos do tipo quantitativo, no que compete às temáticas de infecção do sítio cirúrgico de idosos submetidos a cirurgias abdominais, bem como sobre a prevalência de pré-fragilidade dos idosos residentes na comunidade. Nessas investigações, pude verificar o déficit de pesquisas qualitativas que trouxessem o ponto de vista do idoso.

Durante os estágios curriculares da graduação, constatei, empiricamente, que os idosos se cuidam de acordo com aquilo que acreditam, e que muitas vezes essa prática de cuidado diverge daquilo que é orientado pela Unidade Básica de Saúde. Na condição de mestranda, iniciei na abordagem da pesquisa qualitativa e percebi a importância e a adequação da teoria de Madeleine Leininger, especificamente, no que tange às ações alicerçadas no cuidado cultural para a prática profissional de enfermagem.

O maior desafio na atenção às pessoas idosas é conseguir contribuir para que, apesar das possíveis limitações progressivas advindas do processo de envelhecimento, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta à medida que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas mais velhas. Portanto, parte das dificuldades desses indivíduos está relacionada a uma cultura que os desvaloriza e os limita (BRASIL, 2006).

Nesse estudo, foi utilizada a linha da antropologia cultural, especificamente a Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural (TUDCC) de Madeleine Leininger. Para Leininger e McFarland (2006, p.13), a cultura é um dos maiores constructos centrais da teoria, sendo definida como “os valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações, de formas padronizadas e geralmente intergeracionais”.

Em estudo realizado por Oriá, Ximenes e Alves (2006), cujo objetivo foi analisar a utilização da TUDCC nos trabalhos conclusivos dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* de Enfermagem no Brasil, foram analisados os resumos de 26 dissertações de mestrado e 10 teses de doutorado. No período amostral de 1993 a 2001, as autoras encontraram um importante déficit de estudos na área temática saúde do idoso, com apenas duas defesas de dissertações no decorrer desses nove anos avaliados.

Em âmbito nacional, embora exista um número significativo de pesquisas desenvolvidas que utilizam a Teoria da Leininger em contextos distintos de cuidado, de acordo com Melo (2010, p.31), “pouco se tem publicado sobre a utilização desta teoria pelos profissionais de saúde em seus processos de trabalho cotidiano”.

Essa reduzida publicação acerca da teoria também é referida por Hammerschmidt, Zagonel e Lenardt (2007), em estudo bibliográfico, no período amostral de 1970 a 2006, cujo objetivo foi desvelar aspectos do cuidado gerontológico alicerçados na Teoria de Leininger. Apesar do período extenso analisado, os achados mostraram que pouco se publicou sobre o cuidado gerontológico e a Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural.

Cuidado cultural, segundo Hammerschmidt, Zagonel e Lenardt (2007), reflete a linguagem do paciente e auxilia a transpor as barreiras da impessoalidade existentes entre ele e o enfermeiro. Compartilha-se da percepção das autoras quando elas afirmam que “esta teoria ajuda o enfermeiro a descobrir e documentar o mundo do ser idoso e utilizar seus pontos de vista, conhecimentos e prática, juntamente com seu conhecimento profissional, como base para adotar ações e decisões profissionais coerentes com a cultura” (HAMMERSCHMIDT; ZAGONEL; LENARDT, 2007, p.366).

No presente estudo, foram investigadas as práticas culturais de cuidado com a saúde dos idosos longevos e, desse modo, foram inquiridos os seguintes pressupostos: 1º) as práticas do cuidado do ser humano podem ser identificadas em todas as culturas; e 2º) o cuidado sob uma perspectiva transcultural é essencial para desenvolver e estabelecer a enfermagem como uma profissão universal (LEININGER, 1984a).

Na perspectiva da cultura de cuidados, destaca-se o estudo sobre as crenças e práticas de cuidado da saúde dos idosos, realizado na cidade de Cartagena, na

Colômbia (HERRERA; POSADA, 2010). As autoras afirmam que as crenças e práticas de cuidado da saúde são expressões da cultura de cuidados dos grupos sociais, as quais revelam como a cultura permeia todas as áreas da vida das pessoas. Além disso, as crenças e práticas podem se modificar, pois acompanham as alterações que ocorrem nos aspectos culturais no decorrer das gerações.

Apesar de as autoras *op. cit.* apresentarem um estudo de abordagem etnográfica realizado com idosos, aponta-se a necessidade de investigações voltadas especificamente aos mais velhos, com idade igual ou superior a 80 anos. Nesse sentido, destaca-se o estudo desenvolvido por Rosset, Pedrazzi, Roriz-Cruz *et al.* (2011a), cujo objetivo foi identificar e analisar as tendências e tipos de estudos, publicados no país e no exterior, envolvendo idosos longevos residentes na comunidade. Os resultados apontaram a ausência de estudos de enfoque etnográfico (abordagem cultural) entre os idosos mais idosos brasileiros, o que contribui para a relevância da presente investigação.

O GMPI – UFPR iniciou estudos acerca dos longevos há aproximadamente três anos. Desse modo, a presente investigação é parte de um macroprojeto do referido grupo de pesquisa, denominado “Idosos longevos usuários da atenção básica e hospitalar: da história aos cuidados próprios”, que tem como objetivo geral estudar os idosos longevos nas dimensões históricas, culturais, socioeconômicas e demográficas, epidemiológicas, clínicas e de cuidados consigo mesmo e profissionais. Trata-se de estudos quantitativos e qualitativos direcionados à população idosa longeva, usuária de unidades básicas de saúde e instituições hospitalares da capital Curitiba/PR.

Diante do exposto, a questão que norteou o presente estudo foi: **quais são as práticas, crenças e valores de cuidado com a saúde dos idosos longevos?** Para responder a essa questão, o objetivo foi **descrever as práticas, crenças e valores de cuidado com a saúde dos idosos longevos.**

Esta pesquisa está inserida na área de concentração “Prática Profissional de Enfermagem”, do Curso de Mestrado Acadêmico do PPGENF - UFPR. Centra-se na linha de pesquisa “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”, cuja descrição é o processo de cuidar e ser cuidado do ser humano individual e coletivo nas dimensões objetivas e subjetivas. Determinações, indicadores, expressões de saúde, condição e satisfação da vida.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta seção contempla a fundamentação teórica acerca da longevidade e das práticas culturais de cuidado, bem como o referencial teórico e metodológico de Leininger e McFarland (2006) e Spradley e McCurdy (1979; 1980).

### 2.1 LONGEVIDADE: ASPECTO EMERGENTE DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é uma preocupação antiga, presente desde o início das civilizações. No entanto, foi apenas na segunda metade do século XX que estudos marcaram os grandes avanços da ciência na área. Entendido como um processo, ele se apresenta como multifacetado e multifatorial e, apesar de ser um fenômeno comum a todos os seres vivos animais, surpreende o fato de que ainda persistam pontos não esclarecidos acerca da sua dinâmica (PAPALÉO NETTO, 2006).

De acordo com o Papaléo Netto (2006), o envelhecimento é a fase de todo o *continuum*, que é a vida, dessa forma, ele se inicia na concepção e tem seu término na morte do indivíduo. Nessa perspectiva, o conceito do termo em uma visão biológica abarca:

um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por leva-lo à morte (PAPALÉO NETTO, 2006, p.10).

Por sua vez, a Organização Pan-Americana de Saúde define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 2003).

Papaléo Netto (2006) complementa que o envelhecimento pode ser caracterizado de dois modos: envelhecimento comum, no qual os fatores extrínsecos intensificariam os efeitos adversos que ocorrem no decorrer dos anos;



ou ainda, pode ser o envelhecimento bem-sucedido, no qual os fatores extrínsecos são inexistentes ou de pequena importância para o processo.

De acordo com Francisco (2006), o envelhecimento bem-sucedido é caracterizado por três situações essenciais: baixa probabilidade de doenças e de incapacidades associadas; boa capacidade funcional (física e cognitiva); e participação ativa na comunidade. Ressalta-se que essas situações interagem entre si, tornando-se uma relação dinâmica.

De modo semelhante, a política sobre Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) aponta a saúde, a participação e a segurança como os três pilares de sua estrutura (OMS, 2005), e irá demandar ações em vários setores além dos serviços sociais e de saúde. Desse modo, a estrutura desta política requer as seguintes ações diante dos pilares básicos (OMS, 2005, p.45-46):

Saúde - Quando os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, e os fatores de proteção, elevados, as pessoas desfrutam maior quantidade e maior qualidade de vida, permanecem sadias e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que envelhecem.

Participação - Quando o mercado de trabalho, o emprego, a educação, as políticas sociais e de saúde e os programas apoiam a participação integral em atividades socioeconômicas, culturais e espirituais, conforme seus direitos humanos fundamentais, capacidades, necessidades e preferências, os indivíduos continuam a contribuir para a sociedade com atividades remuneradas e não remuneradas enquanto envelhecem.

Segurança - Quando as políticas e os programas abordam as necessidades e os direitos dos idosos à segurança social, física e financeira, ficam asseguradas a proteção, a dignidade e a assistência aos mais velhos que não podem mais se sustentar e proteger.

Esse tipo de abordagem enfatiza a importância de diferentes e numerosos parceiros da saúde pública, tendo em vista a diversidade de ações que demanda, assim como Veras enuncia e acrescenta: “qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de autossatisfação” (VERAS, 2009, p.549).

É notória a importância da atenção à saúde dos idosos pautada nos pilares do envelhecimento ativo. Sob esse prisma, apontam-se a heterogeneidade e a multidimensionalidade associadas ao processo de envelhecimento.

Do mesmo modo, outros conceitos estão envolvidos em virtude da influência (menor ou maior) dos fatores externos no envelhecimento humano. Nesse sentido, evidenciam-se os termos senescência e senilidade. A senescência é caracterizada

pelo envelhecimento primário, trata-se do somatório das alterações orgânicas, funcionais e psicológicas, decorrentes do envelhecimento normal. Por sua vez, a senilidade abarca as modificações determinadas por afecções que, frequentemente, acometem a população idosa. O limiar que separa os dois estados é tênue, o que representa a dificuldade em caracterizar os idosos nesses estados (PAPALÉO NETTO, 2006).

Definidos esses termos, essenciais para o início dos estudos no âmbito da gerontologia, aponta-se a importância em abordar o envelhecimento populacional como fenômeno atual, presente em diferentes fases, em todas as partes do mundo. Conforme afirma Nasri (2008), trata-se da mudança na estrutura etária da população, e a transição demográfica é um fator que contribui para esse fenômeno.

No Brasil, entre os anos de 1940 e 1960, ocorreu um declínio significativo da mortalidade e a manutenção da fecundidade em níveis elevados, gerando uma população jovem. A partir da década de 60, reduziram-se os índices de fecundidade e, conseqüentemente, desencadeou-se o processo de transição da estrutura etária. Nessa perspectiva, autores apontam que o declínio da fecundidade tem levado ao envelhecimento da população idosa no país (CAMARANO, 2006; NASRI, 2008; VERAS, 2009).

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea. Este fenômeno teve início em países desenvolvidos, no entanto, é nos países em desenvolvimento que esse processo acontece de maneira acentuada (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). Por ocorrer de forma acelerada nos países deste grupo, como, por exemplo, no Brasil, aponta-se a ausência de tempo para uma reorganização social e reestruturação da área da saúde adequada, para atender às novas demandas emergentes (BRASIL, 2006).

Afirmções semelhantes são encontradas nos resultados de Cruz, Caetano e Leite (2010), que fizeram uma revisão crítica acerca das bases legais da atenção à saúde dos idosos no cenário nacional. As autoras apontam que, em virtude da transição demográfica e epidemiológica ocorrida no Brasil, houve um atraso no que se refere à priorização da atenção à saúde do idoso e na importância do impacto do envelhecimento populacional no sistema público de saúde. Apontam ainda a necessidade de mudança urgente dos modelos assistenciais, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O envelhecimento populacional então se configura como uma realidade mundial da população, independentemente da condição socioeconômica em que se encontram os países. Nesse sentido, envelhecer não é mais privilégio de poucos. O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões para 7 milhões, do ano de 1960 a 1975, com um crescimento significativo em 2008, com 20 milhões de idosos, o que representou um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (BRASIL, 2006; VERAS, 2009).

Estima-se que existam atualmente no país cerca de 17,6 milhões de idosos. Para o ano de 2020, as projeções indicam o Brasil como o sexto país do mundo em número de idosos, ressaltando a necessidade de estudos acerca dos indivíduos nessa faixa etária (BRASIL, 2006; VERAS, 2009).

Estudo ecológico realizado por Nogueira *et al.* (2008), cujo objetivo foi avaliar a distribuição espacial e o crescimento da população acima de 60 anos no Brasil, focalizando as diferenças entre as capitais, entre os anos de 1980 e 2006, apontou aumento de 59,3% da população total brasileira, enquanto o grupo de idosos se elevou 118,2% no período analisado. Mais ainda, as autoras afirmam que o processo de envelhecimento da população brasileira tem sido bastante acelerado, principalmente entre os idosos com 80 anos ou mais, particularmente na região sudeste. Em 1980, o Brasil tinha cerca de 560 mil longevos, e em 2006, essa parcela da população correspondia a quase dois milhões de habitantes.

A população “muito idosa”, de 80 anos ou mais, em velhice avançada, é a que tem representado a maior taxa de crescimento, o que leva à maior heterogeneidade do grupo idoso, e corresponde a um aspecto emergente do envelhecimento (CAMARANO, 2006; FRANCISCO, 2006). Esse é o segmento etário que mais cresce nos últimos tempos, correspondendo a 12,8% da população idosa e a 1,1% da população total do país (BRASIL, 2006). No que concerne às projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população longeva, que no ano 2000 correspondia a 1,6 milhão, será de aproximadamente nove milhões no ano de 2020 no Brasil (IBGE, 2008).

Para esses indivíduos com 80 anos ou mais, são atribuídas diferentes terminologias, que serão consideradas no presente estudo, como idosos longevos, mais velhos, muito idosos, mais idosos, octogenários, nonagenários e centenários (NOGUEIRA, 2008). Conforme afirmam Carvalho e Garcia (2003, p.726),

longevidade “refere-se ao número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos que, em média, as pessoas de uma mesma geração ou coorte viverão, definindo-se os termos como o conjunto de recém-nascidos num mesmo momento ou num mesmo intervalo de tempo”.

Nogueira *et al.* (2008) apontam o constante aumento da longevidade na população mundial e mais especificamente no Brasil. Desse modo, Francisco (2006) afirma que a busca por viver mais, com saúde e bem-estar, torna-se um dos principais valores almejados em toda a história da humanidade.

Conforme Veras (2009), o alcance da longevidade é uma conquista da humanidade, no entanto é necessário que o envelhecimento seja acompanhado de qualidade:

o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista, na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. [...] Também deve abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos social e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde (VERAS, 2009, p.549).

Deste modo, destaca-se a importância do bem-estar na velhice como resultado do equilíbrio entre limitações e potencialidades dos idosos (FRANCISCO, 2006). A autora ressalta, ainda, o envelhecimento bem-sucedido no que compete à manutenção da autonomia e independência dos idosos que alcançam a idade avançada para que gerenciem sua própria vida.

Apesar da heterogeneidade do envelhecimento, é possível identificar alguns aspectos sociodemográfico, econômicos e de saúde dos longevos. De acordo com Soares *et al.* (2009), das 271 idosas octogenárias entrevistadas, a maioria são viúvas, sem escolaridade, com renda individual de um salário mínimo e residem em casa própria. As morbidades mais frequentes que acometem as longevas foram problemas relacionados à visão e hipertensão arterial.

Dados semelhantes são encontrados por Rosset *et al.* (2011b), Ferreira (2006) e Aires, Paskulin e Moraes (2010), no que se refere à prevalência da faixa etária entre 80 e 84 anos, sexo feminino, viuvez, renda média de um salário mínimo e com moradia própria.

A predominância do sexo feminino entre a população longeva, especificamente, as nonagenárias em comparação às idosas de 60 a 89 anos,

também é evidenciada no Chile (MARÍN *et al.*, 2004). Os autores apontam que, além de as nonagenárias constituírem um grupo com maiores incapacidades (incontinência urinária, quedas, problemas de memória e dificuldades na mobilidade), este é o grupo em que mais predomina a heterogeneidade do envelhecimento.

Em estudo acerca das características dos octogenários e seus cuidadores e da correlação entre as variáveis sociodemográficas e qualidade de vida, Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2008) encontraram a prevalência do sexo feminino entre os idosos, com média de idade de 82 anos, analfabetos, e aproximadamente metade dos participantes eram viúvos.

Segundo autores citados anteriormente, 76% dos idosos longevos afirmaram não ter acesso à participação em atividades otimizadoras da qualidade de vida, 12% faziam algum exercício supervisionado por fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional, 8% participavam de algum grupo da terceira idade e apenas 4% dispunham de tratamento psicológico (INOUYE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008).

Estudo qualitativo desenvolvido por Orb (2004) acerca dos fatores que influenciam as práticas de cuidado dos longevos revela a perda da confiança em si mesmo como um dos problemas relacionados à velhice avançada. Os idosos sentem-se fisicamente diferentes de quando eram mais jovens, tornam-se mais lentos, com capacidade física reduzida. Dessa forma, sentem-se mais vulneráveis, principalmente em relação às quedas. Outros sentiram reduzidos seus níveis de energia. A autora ainda destaca as limitações na vida social dos longevos como um déficit relacionado à idade.

Existem diferentes teorias que buscam explicar o envelhecimento humano por meio dos aspectos biológicos, sociais e psicológicos. Muitos dos estudos internacionais relacionados à longevidade estão imbricados nas teorias biológicas, pois consideram os aspectos genéticos e moleculares como os mecanismos existentes e provedores dessa idade cronológica avançada. Na perspectiva biológica, Gavrilova e Gavrilov (2010), em estudo realizado com idosos centenários, revelam que um importante preditor da longevidade humana é ter nascido de uma mãe jovem. As autoras ressaltam que as características pessoais presentes no início da vida e na meia-idade desempenham um papel importante na longevidade humana. Ainda nessa concepção biológica, destacam-se estudos que abarcaram a

investigação do genoma humano e dos genes associados à longevidade (LUNETTA *et al.*, 2007; WALTER *et al.*, 2011).

A teoria dos radicais livres, por sua vez, está contemplada no estudo desenvolvido com centenários em Okinawa, no Japão, nos quais os autores estudaram o estresse oxidativo relacionado ao envelhecimento (SUZUKI *et al.*, 2010).

Esse panorama acerca das pesquisas com idosos longevos, focadas apenas nos aspectos biológicos, são semelhantes em alguns estudos nacionais que relacionam a prevalência de obesidade em longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares (CRUZ *et al.*, 2004). Ainda, é possível relacionar, a fim de exemplificar, as investigações acerca dos fatores de risco para mortalidade cardiovascular em idosos longevos (WERLE, 2009), e que se refere à análise de polimorfismo genético associado aos fatores de risco cardiovascular em idosos longevos (SCHWANKE *et al.*, 2002).

Os estudos na linha biológica do envelhecimento apresentam méritos inquestionáveis, embora também mostrem seu valor as pesquisas voltadas às demais dimensões dos idosos, como a social, a psicológica e a cultural. Essas dimensões permitem conhecer o contexto e o discurso do sujeito que adoece, sendo consideradas fundamentais para o entendimento do processo de envelhecimento.

Como contribuição à dimensão biopsicossocial, Lima e Delgado (2010) afirmam que esses aspectos apresentam influência significativa no processo de envelhecimento, bem como na expectativa de vida dessa população. Nessa perspectiva, ressalta-se o estudo de Vieira (2009), cujo objetivo foi investigar o bem-estar subjetivo das pessoas nonagenárias. A autora revela que podem ser encontrados estados heterogêneos de bem-estar na velhice avançada. O maior bem-estar subjetivo identificado pela autora esteve atrelado ao caráter psicológico (perceber a própria vida como significativa), afetivo (ter pessoas queridas com quem se relacionar) e espiritual (ter fé e esperança em relação à finitude).

Para Valdés (2011), o apoio familiar emocional (afeto, respeito e estima) e a convivência social são fatores preditores de bem-estar nos idosos de Monterrey, no México. Desse modo, ressalta-se a importância da análise do contexto familiar dos idosos e de seus aspectos psicológicos e sociais, que são subjetivos e culturais.

O estudo de Pedrazzi *et al.* (2010) corrobora os dados/informações de Valdés (2011), ao afirmar que o contexto do envelhecimento dos idosos mais velhos necessita ser considerado, em virtude da redefinição da família como instituição social. Além disso, apontam que o arranjo domiciliar reforça a ideia da família como protetora e cuidadora dos idosos.

Em estudo com octogenários acerca da família e da vulnerabilidade social, Pavarini *et al.* (2009) mostram que, apesar de a longevidade proporcionar famílias multigeracionais, não há garantia de que nesses contextos as famílias estejam preparadas para assumir o papel de cuidadora dos idosos. Esses dados reforçam a importância de se ter conhecimento ampliado sobre o contexto familiar dos idosos longevos.

No que concerne à dimensão ambiental, ressalta-se o trabalho desenvolvido por Patrício (2006), cujo objetivo foi compreender as possíveis associações entre fatores ambientais e aumento da longevidade humana, segundo a perspectiva de um grupo de longevos ferroviários. Os participantes atribuem à longevidade o convívio em ambiente harmônico e sem poluição, o estilo de vida saudável e sociável, o envolvimento com o trabalho (ter renda para o sustento), ser e estar tranquilo e feliz, além de fatores biológicos e genéticos favoráveis (PATRÍCIO, 2006; PATRÍCIO *et al.*, 2008).

Segundo Rosset, Pedrazzi, Roriz-Cruz *et al.* (2011a), constata-se a predominância de estudos com idosos nas áreas das ciências biológicas, tanto no âmbito nacional quanto internacional, seguida do enfoque psicológico e social, embora com nítida discrepância quantitativa.

Entre os levantamentos realizados e analisados junto à literatura atual, não foram encontradas publicações de origem nacional com foco nos estudos qualitativos de abordagem cultural junto aos idosos longevos. Desse modo, a presente investigação pode representar possibilidades de significativa contribuição para a enfermagem gerontológica nacional.

## 2.2 A CULTURA E AS PRÁTICAS DE CUIDADO

Há muito tempo paira entre os homens a preocupação com a diversidade de modos de comportamento existente entre os diferentes povos. Quatro séculos antes de Cristo, Heródoto (484-424 a.C.) procurou descrever o sistema social dos lícios, um povo diferente do seu. Esse historiador grego considerou os costumes deles diferentes de todas as outras nações do mundo, tomando como referência sua própria sociedade, logo, com uma visão etnocêntrica (LARAIA, 2007).

De acordo com o Laraia (2007), após Heródoto, diversos foram os estudiosos de nações distintas que descreveram os comportamentos de outros povos, como Tácito, cidadão romano que estudou as tribos germânicas; Marco Polo, viajante italiano que visitou a China e outras partes da Ásia; bem como o padre José de Anchieta, em relação aos costumes dos índios tupinambás. Nesse sentido, percebe-se que as tentativas de explicar as diferenças de comportamento entre os homens ocorrem desde a antiguidade.

Alguns estudiosos buscaram explicações em ambientes físicos e geográficos, outros, em aspectos biológicos. Na busca pelas explicações biológicas, as diferenças de comportamento seriam justificadas pelas características genéticas, os comportamentos seriam inatos, herdados dos antepassados. Contudo, tanto o determinante geográfico quanto o biológico não foram suficientes para elucidar a questão da diferença entre os comportamentos (LARAIA, 2007).

A grande qualidade da espécie humana foi romper com suas próprias limitações:

“um animal frágil, provido de insignificante força física, dominou toda a natureza e se transformou no mais temível dos predadores. Sem asas dominou os ares; sem guelas ou membranas próprias conquistou os mares. Tudo isso porque difere dos outros animais por ser o único que possui cultura” (LARAIA, 1993, p.24).

Em 1871, o termo cultura foi definido pela primeira vez, por Edward Tylor, em uma perspectiva antropológica, sendo a cultura “tomada em seu amplo sentido etnográfico, é este todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem



como membro de uma sociedade” (LARAIA, 2007, p.25). De acordo com Lenardt (1996), Tylor não salienta a cultura material, mas enfatiza a cultura imaterial como a que manifesta certa regularidade e continuidade que abarcam os costumes, as capacidades e os hábitos.

No entanto, a ideia de cultura é bastante antiga e ganha consistência mesmo antes do filósofo John Locke, em 1690, quando afirmava que todos os homens nascem como “folhas em branco”, com capacidade ilimitada para obter conhecimento (LARAIA, 2007). Para que essa aptidão se desenvolva, faz-se necessária a inserção do indivíduo em uma sociedade, com a qual aprenderá valores e crenças, ou seja, a cultura.

Dessa maneira, pode-se afirmar que só como membro da comunidade é que o homem é capaz de ser mantenedor e criador de culturas (OLIVEIRA, 1985). Portanto, não existe uma cultura de um homem só, pois a condição primeira de ela existir perpassa uma coletividade.

No decorrer dos séculos, o conceito sofreu diferentes modificações, e surgiram centenas de definições para o termo, que passaram a ser fatores de confusão ao invés de ampliação dos limites do conceito. Em 1973, Geertz relatou que diminuir a amplitude do conceito cultura se concretizava em um dos temas mais importantes da teoria antropológica (LARAIA, 2007).

De acordo com Abbagnano (2007), o termo cultura tem dois significados básicos. O primeiro e mais antigo significa a formação do homem, sua melhoria e seu refinamento. No segundo significado, cultura indica o produto dessa formação, o conjunto dos modos de viver e de pensar cultivados, civilizados, polidos, que também costumam ser indicados pelo nome de civilização.

Por meio da filosofia Iluminista, no século XVIII, ocorreu a passagem do primeiro para o segundo significado de cultura, na atualidade especialmente utilizado por sociólogos e antropólogos, para indicar o conjunto dos modos de vida criados, adquiridos e transmitidos de uma geração para a outra entre os membros de uma determinada sociedade (ABBAGNANO, 2007).

O processo pelo qual homens e mulheres entram em uma cultura e aprendem a ser e a viver é denominado endoculturação. Bessa (2006, p.36) afirma que:

a educação como endoculturação é a forma pela qual as pessoas aprendem a conviver socialmente, compartilhando, disputando e negociando valores,

crenças, saberes, normas e significados. É, ao mesmo tempo, um acontecimento pessoal (educo-me com os outros) e social (sou educado pelos outros). E é, sobretudo, o modo como o humano se faz presente no próprio humano. É o modo como o humano transforma o humano.

Em 1950, especialistas reuniram-se em Paris, sob o patrocínio da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura (Unesco), com o objetivo de redigir a Declaração das Raças da Unesco. O documento afirmava que os dados científicos não confirmavam a teoria segundo a qual as diferenças genéticas hereditárias constituíam um fator de importância entre as causas das diferenças manifestadas entre as culturas de diversos povos ou etnias. Ao contrário, ressaltaram a capacidade do homem em aprender, além de sua plasticidade; aptidões estas que se tornam atributos de todos os seres humanos (UNESCO, 1950; LARAIA, 2007).

No início do século XX, um médico antropólogo inglês chamado Rivers pesquisou a medicina em culturas chamadas “primitivas”. Estudos dessa categoria revelaram que as práticas de saúde estão arraigadas ao contexto cultural, o que representou o mérito das pesquisas. Apesar de reconhecerem a possibilidade de eficácia das medicinas populares, ainda assim os estudos apontavam essas alternativas como primitivas e inferiores (BOEHS *et al.*, 2007).

Para Boehs *et al.* (2007), após esse encontro entre a “biomedicina”, representada pela perspectiva biológica e a medicina popular, os profissionais encontram-se em situações em que se faz necessária a aproximação de outros modelos de cuidado, como o familiar e o popular, além do biológico.

Nessa perspectiva, um modelo de cuidado adequado deve convergir com a cultura dos clientes assistidos, tendo sido utilizada na presente investigação a definição de cultura proposta por Madeleine Leininger. De acordo com Lenardt, Michel e Melo (2011), a ideia da era cultural estava imbricada nas sociedades ditas primitivas. Atualmente, caminha-se no sentido da desconstrução dessa visão, pois estão postas as realidades e problemas polidisciplinares, multidimensionais, globais, que oferecem às sociedades o caráter complexo em sua organização, estrutura e funcionamento.

Frente à complexidade presente nas sociedades e aos conflitos intergeracionais devidos à divergência entre as tendências, ressalta-se a importância de o enfermeiro entender a dinâmica da cultura, de maneira a atenuar o choque

entre as gerações e promover cuidados de enfermagem satisfatórios aos clientes (LENARDT; MICHEL; MELO, 2011).

Sob a ótica da perspectiva antropológica, Gonzáles (2010) refere que, historicamente, a enfermagem compartilha com as ciências sociais seu objeto antropológico de estudo: o ser humano. Em estudo reflexivo acerca da natureza cultural e histórica dos cuidados de enfermagem, o autor afirma que estes cuidados são influenciados por fatores histórico-culturais que lhes oferecem significado. De maneira semelhante, o estudo antropológico acerca dos cuidados contribui para o conhecimento profundo dos fenômenos relativos à saúde.

O cuidado de enfermagem é um marco no processo de satisfação das necessidades dos seres humanos. Por consequência, o sistema de necessidades deve ser analisado sob o prisma cultural, considerando os conceitos históricos e antropológicos para a prática do cuidar. Frente ao processo de satisfação das necessidades, aponta-se que o objetivo do cuidado é sanar o déficit, qualquer que seja ele, de modo a promover uma intervenção que repercuta na realidade e a modifique (GONZÁLES, 2010).

Para Gonzáles (2010), as necessidades são um conjunto de condições, fatores, situações, indispensáveis para que a vida física e psíquica possa alcançar e preservar um limiar de autonomia tão próximo da absoluta independência. Para Malinowski (s/d *apud* GONZÁLES, 2010), as necessidades são determinadas pelas culturas dos seres humanos. Ao tomar como exemplo a fome, existe o fator fisiológico, no entanto, o que é considerado saboroso, como é preparado o alimento, é pautado e determinado pelas tradições, ou seja, pela cultura.

Por considerar que cada indivíduo se cuida de acordo com suas crenças e valores, ou gostaria de ser cuidado da maneira que acredita ser a melhor, enfatiza-se a importância da utilização da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural como alicerce para o desenvolvimento, inicialmente de pesquisas e, posteriormente, para a aplicação na prática de enfermagem.

Destacam-se, desse modo, alguns estudos nacionais e internacionais, cujos enfoques foram as práticas de cuidado relacionadas à cultura dos sujeitos investigados, ou ainda acerca das aproximações e distanciamentos existentes entre os cuidados profissional e popular (OLIVEIRA; POLES, 2006; MONTICELLI;

BOEHS, 2007; GARCÍA, 2008; HERRERA; POSADA, 2008; MARTINS, 2010; ALCOFORADO, 2010; MELO, *et al.*, 2011).

Estudo desenvolvido por Oliveira e Poles (2006), cujo objetivo foi conhecer as crenças dos pacientes com ferida crônica atendidos em um centro de saúde do município de Lavras - Minas Gerais, revelou que a ferida crônica perturba a autoimagem corporal e emocional, e atribui o símbolo de vergonha, sujidade, algo repugnante à pessoa.

Os portadores de feridas crônicas procuram atribuir culpa a si mesmos, ao encontrar uma razão causadora da ferida. Ainda, uma das crenças predominantes desses sujeitos está relacionada ao processo de tratamento. A descrença na cura está ligada ao tempo de permanência da ferida, bem como aos métodos e tentativas terapêuticas aplicadas, que não são poucos (OLIVEIRA; POLES, 2006).

No âmbito hospitalar, destaca-se o estudo comparativo entre dois cenários (unidade de internamento pediátrico e alojamento conjunto de uma maternidade), cujo objetivo foi identificar como as famílias percebem suas inserções na unidade de internação e como são percebidas pela equipe de saúde, considerando as regras e as normas da cultura institucional (MONTICELLI; BOEHS, 2007).

As autoras acima citadas ressaltam a presença de similaridades e diferenças no modo como as famílias convivem e lidam com as regras institucionais e com os profissionais de saúde, bem como o modo como a equipe interpreta o movimento das famílias. Ambas as perspectivas estão arraigadas na cultura, no entanto, uma é a popular e a outra a profissional.

Acerca do olhar da família sobre as integrantes da equipe profissional de saúde, as participantes do estudo apontaram aquelas, segundo sua própria designação, “boazinhas”, outras “nem tanto”, sem considerar a existência de um saber familiar, focalizando a biomedicina como o único saber. Desse modo, as profissionais são as que mandam, implicam e advertem os familiares, e que dificilmente negociam (MONTICELLI; BOEHS, 2007).

Monticelli e Boehs (2007) reconheceram entre a totalidade dos aspectos observados o olhar da equipe sobre a família, mas, apesar do esforço e discussões recentes na academia, a equipe ainda não considera a família uma unidade no processo de cuidado de enfermagem. O “acompanhante” é visto de modo isolado,

fora de contexto. As crenças em geral são consideradas irrelevantes e feitas tentativas de correções, tanto na unidade pediátrica quanto no alojamento conjunto.

Para Martins (2010), as crenças e valores culturais das famílias devem estar presentes na concepção dos cuidados de enfermagem, como o alicerce da intervenção do enfermeiro. Nessa perspectiva, apontam-se como coerentes os modos de decisões e ações de enfermagem, propostos por Leininger no modelo *Sunrise*, que incluem a acomodação, a negociação ou a reestruturação do cuidado de enfermagem para promover um cuidado satisfatório aos clientes, congruente com sua cultura.

O estudo quantitativo de García (2008), realizado na cidade de Sincelejo - Colômbia, com 97 gestantes adolescentes e adultas em pré-natal, teve como objetivo comparar as práticas de cuidado consigo mesma e as realizadas com o filho. A autora afirma que a qualidade do cuidado oferecido pela enfermeira à gestante adolescente pode influenciar a forma como ela própria se cuida e também como cuida de seu bebê. Além disso, ressalta que uma das maneiras de abordar o cuidado é por meio da aplicação dos três modos de ação da teoria de Madeleine Leininger: a preservação, a negociação e a reestruturação do cuidado.

Seguindo as orientações dessa teoria, a enfermeira deverá reconhecer as práticas de cuidado das gestantes, para promover a manutenção, negociação ou reestruturação de certas práticas, de maneira que seja realizado o cuidado atualizado, mas integrado aos costumes culturais da mulher e coerente com suas expectativas (GARCÍA, 2008, p. 23).

De acordo com Herrera e Posada (2008), tanto as crenças quanto as práticas de cuidado de saúde se originam e se desenvolvem dentro de um contexto social, se influenciam mutuamente, além de constituírem parte do caráter dinâmico, que permite à cultura favorecer a adaptação da pessoa a seu ambiente. Ainda, as autoras afirmam que considerar os aspectos culturais oferece um toque humano ao cuidado de enfermagem, além de favorecerem o alcance dos objetivos terapêuticos.

Em uma revisão conceitual acerca das crenças e práticas de cuidado, Herrera e Posada (2008) relatam como a cultura se faz evidente através das crenças e práticas. Consideram a área da enfermagem transcultural como uma referência para que seja realizado o cuidado de enfermagem. Para os profissionais de saúde, a cultura não poderia passar despercebida, pois se trata de um contexto que engloba

não somente os seres humanos cuidados como também eles mesmos. Deste modo, “torna-se um elemento que condiciona o comportamento e as decisões dos que estão imersos nela” (HERRERA; POSADA, 2008, p.113).

Conforme as mesmas autoras, as crenças orientam as práticas, que por sua vez podem modificá-las, o que mostra a dinamicidade da cultura. Sob essa vertente, as pesquisadoras ressaltam a importância em considerá-la, pois é nela que o indivíduo ou grupo está imerso, e se espera um repertório distinto de crenças e práticas de cuidado à saúde. Deste modo, entende-se que o cuidado está presente em todas as culturas, mas apresenta características peculiares em cada uma delas.

O papel fundamental da enfermagem transcultural, em um mundo que caminha para a globalização, é favorecer as relações entre pessoas de culturas diferentes. No entanto, para que esse encontro de culturas seja favorável, ele requer o conhecimento das características culturais, bem como o respeito pelas diferenças (HERRERA; POSADA, 2008).

As crenças se originam da interação social cotidiana e não têm que ser demonstradas, pois são inconscientemente aceitas como verdade, especialmente como princípio aceito por um grupo cultural. Elas podem ser, segundo Herrera e Posada (2008): prescritivas (o que se deve fazer), restritivas (o que não se deve fazer) ou ainda, crenças tabu (sobre coisas que possam causar efeitos negativos). Por vezes, as crenças são denominadas de superstições e, dessa maneira, tornam-se menosprezadas. Ainda, elas não são estáticas, podendo mudar parcial ou totalmente através do tempo, dentro de uma mesma cultura.

A fé das pessoas é o veículo que dinamiza e materializa as crenças em práticas. Quando não se atua de acordo com aquilo em que se acredita, experimentam-se diferentes graus de mal-estar e incertezas (HERRERA; POSADA, 2008). Nessa perspectiva, os enfermeiros que evitam práticas etnocêntricas e atuam de forma a valorizar as crenças de seus clientes têm a fé destes clientes como uma importante aliada, em prol de um cuidado de enfermagem efetivo.

Por considerar as crenças e as práticas de cuidado um legado herdado de geração a geração, torna-se fundamental o estudo desses aspectos pelos profissionais enfermeiros, para que evitem posturas etnocêntricas e choques culturais, além de aproveitar os saberes populares desenvolvidos através dos tempos.

Melo *et al.* (2011) buscaram interpretar as manifestações e representações culturais de cuidado de usuários portadores de feridas crônicas dos membros inferiores. Os autores destacam a “existência de um universo de práticas de cuidados permeadas por orientações profissionais e conselhos de amigos, vizinhos, familiares, benzedeiros, curandeiros, raizeiros e outros” (MELO *et al.*, 2011, p.304).

No entanto, conforme afirmam os autores acima mencionados, nos serviços de assistência à saúde ainda prevalecem a biomedicina cartesiana, o enfoque biomédico no cuidado aos clientes, o que atribui complexidade à atenção dos usuários. Por se tratar de um fenômeno complexo, aponta-se a necessidade de superação da dimensão biológica, tão arraigada nos serviços de saúde. Para que haja essa superação, tornam-se necessárias atitudes dos profissionais de saúde que compreendam as dimensões biológica, social, cultural e subjetiva, que compõem o processo de viver e ser saudável.

Cada indivíduo apresenta comportamentos singulares em relação às diferentes experiências, o que inclui aspectos do cuidar de si, ou de ser cuidado, e isso se deve não às diferenças biológicas, mas às socioculturais, sendo a cultura determinante dessas particularidades (MELO *et al.*, 2011).

Compartilha-se a concepção de Melo *et al.* (2011) quando afirmam que, frente à complexidade das sociedades, os enfermeiros se deparam com uma miscelânea de práticas de cuidado, que envolvem conhecimentos populares e científicos. Nesse sentido, estudá-los torna-se essencial à enfermagem, pois possibilita a compreensão da maneira como os indivíduos percebem essa relação de cuidados, mas também como os enfermeiros se inserem e interagem nesse contexto marcado pela diversidade cultural, possibilitando um novo enfoque ao cuidado de enfermagem.

### 2.3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Esta seção contempla o referencial teórico e metodológico de Madeleine M. Leininger e Marilyn R. McFarland, e de James P. Spradley e David W. McCurdy.

### 2.3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA TEORIA DE LEININGER

A história da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural (TUDCC) tem início no século XX, em meados da década de 50, nos Estados Unidos da América (EUA). De acordo com Melo (2010), nessa década, a história americana foi marcada pela Guerra Fria e pelo crescimento das tensões entre duas potências militares, EUA e União Soviética. Houve também uma grande explosão demográfica, além do início dos movimentos dos direitos civis e feministas no país.

Nessa época, a antropologia vivia o crescimento da Escola Relativista Cultural Norte-Americana, que se opunha à Escola Evolucionista Europeia. Essa antropologia americana que se opõe ao evolucionismo se fundamenta nas diferenças culturais, defendendo a ideia de que toda expressão, toda crença tem significado e validade apenas no contexto cultural a que pertence. Foi nesse contexto de mudança, também marcado pela ascensão da imigração no país, que Madeleine Leininger se sensibilizou para o estudo que, posteriormente, daria origem à TUDCC (MELO, 2010).

Na década de 50, Leininger era enfermeira especialista em saúde mental e desenvolvia sua prática profissional em uma casa de orientação para crianças. Durante suas atividades, observou diferenças entre as crianças quanto à maneira como gostariam de ser cuidadas. Apesar de perceber essas diferenças, Leininger não soube explicar os motivos de existirem. Gradualmente, reconheceu que havia diferenças culturais entre as crianças de diferentes procedências (alemãs, africanas, judias e anglo-americanas), que tinham maneiras distintas de agir e se comunicar, que eram comportamentos padronizados e repetidos (LEININGER, 1985a).

De acordo com George (1993), Leininger concluiu que as diferenças repetidas de comportamento entre as crianças tinham uma base cultural, e frente à ausência de conhecimento das culturas das crianças, iniciou sua jornada na busca de explicações para as diferenças e semelhanças entre as culturas. Nesse sentido, Leininger caminha seus primeiros passos para a formação de uma teoria sobre a enfermagem como um fenômeno essencialmente transcultural (LEININGER, 1985a).



Inicialmente, Leininger explorou como as crenças, valores e práticas culturais poderiam influenciar os estados de saúde e doença das pessoas. Logo percebeu que conflitos e estresses culturais poderiam levar, gradativamente, a doenças físicas e mentais. Nessa perspectiva, as enfermeiras não poderiam ajudar as pessoas sem compreender seus valores e crenças culturais. Por estar intrigada com as questões de saúde, doença e cuidado, ela direcionou sua busca ao campo da antropologia, durante sua pós-graduação (LEININGER, 1985a).

Orientada em seu doutoramento por Margaret Mead, Leininger analisou as relações entre a antropologia e a enfermagem, de maneira a buscar as respostas aos seus questionamentos. Para chegar à teoria que a tornou mundialmente conhecida, desenvolveu estudos nas áreas de Antropologia Psicológica, Cultural e em Enologia Geral (SILVA; FRANCO, 1996). Descobriu um campo essencial para ajudar as enfermeiras a conhecer e a compreender culturas de todo o mundo, o que considerava essencial para cuidar das pessoas (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Ao final da década de 50, nos EUA houve muita dificuldade para aceitação das concepções de Leininger, pois o conhecimento cultural por parte das enfermeiras era deficiente. Estavam voltadas para a busca da identidade e da competência técnica e desinteressadas nos aspectos culturais da profissão (GUALDA; HOGA, 1992).

Leininger (1985a) relata que iniciou sua teorização no início da década de 60, buscando a relação entre a enfermagem e a antropologia, bem como as contribuições para o cuidado humanizado, saúde e doença, por meio das diferenças e semelhanças entre as culturas. Nessa época, Leininger foi estudar os Gadsups, dos Planaltos Orientais da Nova Guiné, e reconheceu que o conceito de cuidado, saúde e doença eram diferentes daqueles que havia aprendido na escola de enfermagem americana. Nesse sentido, afirma que o conhecimento das diferenças seria importante para proporcionar um cuidado eficiente e satisfatório.

Foi então nos anos 60 que Leininger utilizou, pela primeira vez, os termos “enfermagem transcultural” e “etnoenfermagem”. Em 1966, na Universidade do Colorado ofereceu o primeiro curso de enfermagem transcultural com experiências de campo, que foi fundamental no desenvolvimento posterior de cursos similares em outras instituições (GEORGE, 1993).

De acordo com Gualda e Hoga (1992), em 1974 iniciou-se uma série de eventos anuais, intitulados “*National Transcultural Nursing Conferences*”, que se tornariam uma fonte de referência importante da prática, ensino e pesquisa em enfermagem transcultural. Entre os anos de 1975 e 1983, houve maior incremento de interesse pela temática, de forma que as enfermeiras com formação antropológica e em métodos de pesquisa de campo passaram a ser valorizadas. Nessa época, apenas algumas enfermeiras brasileiras tiveram contato com a enfermagem transcultural nos EUA, por meio dos programas de pós-graduação existentes.

Foi a partir de 1983 que ocorreu uma expansão significativa internacional da enfermagem transcultural, ao mesmo tempo em que se consolidou a importância do enfoque cultural na enfermagem (GUALDA; HOGA, 1992). De acordo com Leininger (1985a), foi a partir dessa época que as enfermeiras nos EUA começaram a valorizar e apreciar a TUDCC, por perceber a multiculturalidade presente nos hospitais, clínicas e nas agências de saúde em geral.

A TUDCC foi apresentada no Brasil no ano de 1985, no evento promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulado “I Seminário Internacional de Teorias de Enfermagem”, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. A partir dessa divulgação, a teoria despertou o interesse das enfermeiras brasileiras em se aproximar dos aspectos culturais de seus clientes, de maneira a oferecer um cuidado congruente com a cultura deles (LEININGER, 1985a).

Desde então, iniciaram-se as publicações científicas nacionais alicerçadas na teoria de Leininger. Entre elas, citam-se trabalhos oriundos de programas de pós-graduação, como dissertações de mestrado e teses de doutorado, artigos científicos publicados em periódicos voltados à área da enfermagem e da antropologia, além de capítulos de livros.

De acordo com Melo (2010), a teoria se afirma como contemporânea ao considerar que os contextos econômico, político e as condições sociais e culturais da década de 50 nos EUA, que serviram como base para o surgimento da teoria, hoje passam a ser o contexto de uma realidade mundial. O autor refere como tendência as ruínas das fronteiras dos países, de forma a se constituir uma comunidade global, com cidadãos planetários.

Nessa perspectiva, é ressaltada a atualidade da teoria, pois ela responde às demandas da modernidade tardia, o que se faz real a partir de estudos publicados no Brasil, que apontam a utilização da teoria como fundamentação teórica e/ou metodológica (MELO, 2010).

Diante do exposto, cita-se o estudo desenvolvido por Oriá, Ximenes e Alves (2006), cujo objetivo foi analisar a utilização da teoria do cuidado cultural nos trabalhos conclusivos dos programas de pós-graduação, *stricto sensu*, em enfermagem no Brasil. Trata-se de uma pesquisa documental realizada no banco de teses da Capes por meio da análise dos resumos de 26 dissertações e 10 teses, publicadas entre os anos de 1993 e 2001. Como resultados, as autoras identificaram os estados de Santa Catarina e Ceará como os detentores do maior quantitativo de estudos fundamentados na teoria de Leininger: um total de 15 e 13 trabalhos publicados, respectivamente.

No que concerne à época em que as dissertações e teses foram defendidas, as autoras mencionadas anteriormente apontam os anos de 1999 a 2001 como o período de efervescência, representados pelo maior número de defesas. Dos resumos analisados, os estudos foram qualitativos em sua totalidade, e o número de informantes chave variou entre três e 19 sujeitos. Quanto ao cenário em que o estudo foi desenvolvido, destaca-se a comunidade/domicílio dos sujeitos como o *locus* que prevaleceu em 14 dos 36 trabalhos (ORIÁ; XIMENES; ALVES, 2006).

A TUDCC tem sido utilizada em diferentes áreas de estudo, mas sua predominância está na área de saúde da mulher, seguida da assistência em enfermagem. Oriá, Ximenes e Alves (2006, p.248) percebem que “a teoria tem sido utilizada em diferentes objetos de estudo centrado na família, ou especificamente na mulher, ou ainda utilizando abordagens multirreferenciais”.

A utilização da TDUCC pode ser descrita como bem aceita pelos pesquisadores brasileiros, pois é disseminada em diversas áreas de atuação do enfermeiro e vem sendo aplicada aos mais diferentes objetos de estudo, o que se faz relevante para sua validação contínua e sistemática no âmbito do Brasil (ORIÁ; XIMENES; ALVES, 2006, p. 250).

Na concepção das autoras supracitadas, a TUDCC tem obtido destaque especial no desenvolvimento de dissertações e teses de enfermagem, o que aponta a aceitação da teoria no contexto brasileiro, bem como a indicação da eficácia de

sua utilização no desenvolvimento de práticas de cuidado congruentes com a cultura dos clientes.

Com o intuito de ressaltar a atualidade da teoria, aponta-se a revisão sistemática da literatura cujo objetivo foi descrever as práticas educativas em Enfermagem fundamentadas na TUDCC (MICHEL *et al.*, 2010). O período analisado pelas autoras foi de 1985 (divulgação da teoria no Brasil) a 2009. Os resultados foram semelhantes aos encontrados no estudo de Oriá, Ximenes e Alves (2006), no que compete à maior concentração de publicações no final de década de 90 até o ano de 2002.

Uma das justificativas para a escolha da teoria de Leininger na fundamentação dos estudos se refere ao fato de os clientes não seguirem as orientações fornecidas, o que pode ocorrer devido às diferenças entre as crenças e valores dos profissionais e clientes. Dessa forma, os profissionais buscam nas práticas educativas (pautadas na teoria) a aproximação entre os saberes popular e profissional para que sejam reduzidos os conflitos culturais (MICHEL *et al.*, 2010).

Considerando a investigação supracitada, aponta-se a aplicação da TUDCC no desenvolvimento de práticas educativas de enfermagem, que envolvem interação entre os indivíduos ou grupos. Nesse sentido, a teoria se mostra atual, bem como oferece fundamentação na realização das práticas profissionais que consideram a integralidade e diversidade dos sujeitos (MICHEL *et al.*, 2010).

Por considerar que os aspectos históricos que envolvem a TUDCC não se encerram e que, como um muro em construção, a cada momento a história recebe um novo tijolo, ressalta-se a importância da teoria para a profissão da enfermagem por meio das palavras de Silva e Franco (1996, p.14):

as enfermeiras são parte de um contexto cultural tanto quanto seus usuários, elas têm uma cultura que está ligada à sua história familiar, étnica, social, profissional etc.; são tantas as culturas em nossas vidas, são tantos os conhecimentos que vamos adquirindo, assumindo e compartilhando, que o natural é viver num espaço de constantes ideias novas e divergentes (SILVA; FRANCO, 1996, p14).

### 2.3.2 TEORIA DA UNIVERSALIDADE E DIVERSIDADE DO CUIDADO CULTURAL

Durante o desenvolvimento da enfermagem como disciplina, muitos foram os empréstimos de conhecimento de outras áreas, tais como da psicologia, sociologia e antropologia (CIANCIARULLO, 2005). De acordo com Oriá, Ximenes e Alves (2006), essa busca pela construção de um corpo de conhecimento que caracterizasse a enfermagem suscitou a elaboração de novos conceitos, pressupostos filosóficos e proposições por parte das estudiosas e pesquisadoras, que têm constituído as teorias de enfermagem e fundamentado a prática do cuidado.

A Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural (TUDCC) é considerada uma teoria interacionista, isto é, está focada no cuidado humano que envolve um processo interativo entre a enfermeira e o cliente. Segundo Leininger e McFarland (2006), seu propósito é descobrir significados, usos e funções culturais do fenômeno do cuidado humano e usar este conhecimento para fornecer um cuidado benéfico e satisfatório para as pessoas de diversas culturas.

A teoria apresenta dois objetivos amplos, mas que abarcam uma abundância de intenções específicas: conhecer a natureza da enfermagem, sua essência e propósitos sociais; e desenvolver ou melhorar o cuidado de enfermagem, o qual agrega funções culturais universais e específicas.

Em uma reflexão acerca da TUDCC em pesquisas de enfermagem, Moura, Chamilco e Silva (2005, p.435) afirmam que a “enfermagem transcultural tem como propósito o desenvolvimento de um corpo de conhecimento científico e humanizado, capaz de viabilizar a prática de um cuidado universal e que seja culturalmente específico”. Ainda, a teoria tem por finalidade tornar o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasados, conceituados, planejados e operacionalizados.

Para as autoras mencionadas anteriormente, a teoria de Madeleine Leininger:

refere-se a um conjunto de inter-relações de conceitos e hipóteses que respeitam os comportamentos, os valores, as crenças dos indivíduos e dos grupos na execução do cuidado. E desse modo, reconhece os aspectos culturais das necessidades humanas, considerando as peculiaridades oriundas do modo de vida de cada indivíduo (MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005, p.435).

Diante dessa descrição acerca da teoria, ressalta-se a importância de o enfermeiro reconhecer os aspectos culturais dos clientes atendidos no desenvolvimento de sua prática profissional para que as especificidades de cada um sejam atendidas. Dessa maneira, além de oferecer um cuidado de qualidade e satisfatório, a teoria reforça a interação entre o enfermeiro e o cliente.

A partir desse prisma, Leopardi (2006) afirma que o foco da estrutura conceitual de Leininger é dirigido para além da tradicional interação enfermeiro-cliente, porque sua abordagem teórico-prática procura focalizar o cuidado em famílias, grupos, comunidades e instituições, em uma perspectiva cultural e holística, sendo essa a essência da atuação profissional da enfermagem.

Leininger (1978) já nesta época defendia que a enfermagem transcultural tem como foco o estudo de análise comparativa de diferentes culturas ou subculturas, no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado, especialmente ao cuidado de enfermagem, assim como aos valores, crenças e padrões de comportamento relacionados à saúde e doença.

Alicerçado na perspectiva transcultural, o cuidado torna-se humanizado, ético, digno, o que poderá fazer diferença na forma como as pessoas consideram a vida, recuperam-se de enfermidades, mantêm a saúde ou, até mesmo, enfrentam a morte. Por meio do cuidado pautado na TUDCC, podem-se atingir os clientes mais difíceis, de modo a tornar a enfermagem uma atividade terapêutica e melhorar a qualidade do cuidado (LEININGER, 1985a; LEININGER; McFARLAND, 2006).

De acordo com Michel *et al.* (2010), em revisão sistemática cujo objetivo foi descrever as práticas educativas de enfermagem fundamentadas na TUDCC, o cuidado de enfermagem visa a compreender o ser humano de maneira abrangente, além de enfatizar sua integralidade em um entendimento profundo acerca das diversidades dos contextos socioculturais. Quando alicerçadas nessa teoria, as ações são planejadas de modo que o indivíduo tenha participação nas escolhas. Da mesma forma, entende-se que o cuidado pautado nas crenças, valores e estilos de vida dos idosos longevos convirja para a satisfação dos clientes.

No desenvolvimento da assistência aos clientes fundamentada na TUDCC, os enfermeiros e familiares são sujeitos da ação ativamente envolvidos durante o processo de cuidar, os quais se tornam coparticipantes na busca de cuidados culturalmente congruentes (LEOPARDI, 2006). Torna-se imprescindível conhecer as

crenças e valores acumulados pelos clientes para direcionar o cuidado de enfermagem, visto possibilitar um plano de cuidados eficiente, além de fornecer subsídios para avaliar e reavaliar estratégias empregadas nessa assistência.

Além de considerar os aspectos culturais dos clientes durante a prática de cuidados, ressalta-se que os profissionais de enfermagem também têm suas crenças e valores, os quais são indissociáveis do enfermeiro ao adentrar os serviços de saúde. Deste modo, destaca-se a afirmação de Oliveira e Poles (2006, p.355) de que “a conduta dos profissionais de saúde também reflete suas crenças pessoais e profissionais sobre a doença. Assim, eles levam à prática clínica suas próprias crenças, que influenciam suas visões, avaliações e, sobretudo, o cuidado com os pacientes”.

Por considerar apenas suas próprias crenças e valores, não é raro que profissionais de enfermagem tenham características etnocêntricas e considerem que apenas o seu conhecimento, o técnico-científico aprendido na escola de enfermagem, seja o correto e adequado. Conforme aponta Laraia (2007), o indivíduo vê o mundo através de sua cultura e, deste modo, o etnocentrismo emerge como uma tendência de o indivíduo considerar seu modo de vida o mais correto e o mais natural.

Para que esse cenário de atitudes impositivas seja convertido em função da qualidade do cuidado de enfermagem prestado ao cliente, Leopardi (2006) ressalta a utilização da teoria de Madeleine Leininger, que possibilita que atitudes etnocêntricas por parte do profissional de enfermagem sejam evitadas.

Melo (2010) corrobora Leopardi (2006) ao afirmar que a análise dos aspectos culturais pelo enfermeiro é fundamental, no sentido de evitar a prática de imposições culturais na implementação do processo de cuidar junto aos clientes assistidos. Afirma, ainda, que os julgamentos dos enfermeiros realizados com base nos seus próprios referenciais culturais caracterizam as atitudes etnocêntricas, que são comuns nos cenários da atenção à saúde.

Da mesma maneira, são análogas as considerações de Alcoforado (2010) ao ressaltar a importância para os enfermeiros de uma prática alicerçada no cuidado culturalmente congruente, na qual se pode evitar o domínio do conhecimento e atividades etnocêntricas por parte dos profissionais. A autora afirma o mérito em se considerar o cliente ser humano, dotado de necessidades, com uma história de vida,

valores, crenças e uma realidade particular, com o intuito de disponibilizar uma prática de cuidado diferenciada, em que esses valores são considerados e valorizados.

### 2.3.2.1 Conceitos, pressupostos e proposições da TUDCC

Alguns estudos encontrados na literatura vigente e alicerçados na TUDCC apresentam alterações nos conceitos originais e, ainda, no modo como foram percebidos pelos autores. Em pesquisa bibliográfica realizada por Boehs *et al.* (2010), cujo objetivo foi analisar os conceitos utilizados em dissertações de mestrado elaboradas a partir da teoria do cuidado cultural, as autoras salientam que os conceitos precisam ser elucidados pelos pesquisadores. Uma vez que os autores optam por trabalhar em com a teoria de Leininger, é preciso que sejam fidedignos aos conceitos expostos pela teórica em seus escritos originais.

As autoras supracitadas ressaltam que, entre as 21 dissertações de mestrado analisadas, defendidas entre os anos de 1990 e 2005, “nenhum dos conceitos utilizados nas dissertações teve suas definições retiradas da Teoria do Cuidado Cultural de forma *ipsis litteris*” (BOEHS *et al.*, 2010, p.185). O fato de os(as) mestrandos(as) “trabalharem” os conceitos, conforme afirmam as autoras, reflete pontos positivos e negativos. Entre os positivos, considera-se que modificar os conceitos, por um lado, ajuda a fortalecer os laços teóricos originais de Leininger, pois auxiliam na “expansão” de seu escopo. Por outro lado, aponta-se o aspecto negativo dessa atitude, que conduz à fragilidade ético-conceitual, já que descaracteriza as definições originais publicadas por Leininger (BOEHS *et al.*, 2010).

Conforme prezam as autoras:

é fundamental que haja fidelidade aos escritos originais de Leininger, evitando-se tangenciamentos nem sempre coerentes ou compatíveis com o rigor teórico-metodológico requerido em pesquisas desta natureza. É necessário ter em mente, de forma consciente, que qualquer conhecimento “novo” se constrói sobre os ombros do conhecimento anterior, alimentando-se dele. Assim, essa crítica é um convite para avanços futuros (BOEHS *et al.*, 2010, p.187).



A seguir, são apresentados alguns conceitos da TUDCC, importantes para o desenvolvimento desse trabalho:

- **Cultura:** refere-se aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações, de formas padronizadas e, muitas vezes, intergeracional (LEININGER; McFARLAND, 2006, p.13).
- **Cuidado:** como substantivo, refere-se às atividades de assistência, apoio, ou facilitadoras para com outro indivíduo ou grupo, com necessidades evidentes ou previstas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida. O cuidado é mais do que uma performance ou uma ação, pois tem um significado cultural e simbólico, um cuidado como proteção, respeito, presença (LEININGER; McFARLAND, 2006, p.12).
- **Cuidar:** como verbo, refere-se a ações e atitudes de assistência, apoio ou facilitadoras para com outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida (LEININGER; McFARLAND, 2006, p.12).
- **Saúde:** é um estado de bem-estar, culturalmente definido e constituído. É um estado de ser que mantém e capacita um indivíduo ou grupo a efetuar atividades ou alcançar objetivos e padrões de vida desejados, beneficentemente expressos em sua cultura (LEININGER; McFARLAND, 2006, p.10).
- **Valor cultural:** refere-se às forças poderosas, persistentes, e que dão sentido, direção, ordem para um indivíduo ou grupo no que se refere aos pensamentos, ações, decisões e modos de vida, frequentemente mantido por uma cultura por um período de tempo (LEININGER; McFARLAND, 2006, p.284).
- **Diversidade cultural do cuidado:** refere-se às diferenças ou variabilidade entre os seres humanos, com respeito aos significados da cultura de cuidados, padrões, valores, modos de vida, símbolos ou outras características relacionadas com a prestação de cuidados vantajosos para os clientes de uma cultura designada (LEININGER; McFARLAND, 2006, p.16).
- **Universalidade cultural do cuidado:** refere-se aos fenômenos da cultura partilhados ou semelhantes a um indivíduo ou grupo, com significados recorrentes, padrões, valores, modos de vida, ou um dos símbolos que servem como guias para

cuidadores fornecerem assistência, suporte e apoio, na espera de resultados saudáveis (LEININGER; McFARLAND, 2006, p.16).

- **Sistema popular:** sistema não profissional, local ou indígena, que oferece serviços de cuidado ou cura tradicionais em casa (popular) (LEININGER, 1985a, p.262).
- **Sistema profissional:** serviços de cuidado ou cura organizados e interdependentes, que venham sendo identificados com, ou oferecidos por vários profissionais (LEININGER, 1985a, p.262).
- **Enfermagem:** uma profissão e uma disciplina humanística e científica focada no fenômeno e nas atividades do cuidado humano para assistir, apoiar, facilitar ou permitir que indivíduos ou grupos mantenham ou recuperem seu bem-estar (ou saúde) em forma culturalmente significativa e benéfica, ou para ajudar a pessoa a enfrentar a deficiência ou a morte (LEININGER; McFARLAND, 2006, p.6).
- **Cuidado Cultural:** ações de assistência, suporte e facilitadoras que auxiliam os indivíduos ou grupo a facilitar ou melhorar a condição humana e seu modo de vida, ou promover ou manter o bem-estar (ou saúde), ou ainda ajudar os clientes a lidar com a doença, deficiência ou com a morte em uma determinada cultura (LEININGER; McFARLAND, 2006, p.284).

Com o objetivo de esclarecer o conhecimento da natureza e das características da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural, ressaltam-se onze pressupostos teóricos traçados por Leininger e McFarland (2006), elencados na sequência:

- 1) O cuidado é a essência e o foco central dominante, distinto e unificador da enfermagem.
- 2) O cuidado humanístico e científico é essencial para o crescimento humano, bem-estar, saúde, sobrevivência e enfrentamento da morte e doenças.
- 3) Cuidar (cuidado) é essencial para a cura, não pode haver cura sem cuidado.
- 4) Cuidado cultural é a síntese de dois constructos importantes que orientam o pesquisador para descobrir, explicar sobre a saúde, bem-estar, expressões de cuidados e outras condições humanas.

- 5) Expressões da cultura de cuidados, significados, padrões, processos e formas estruturais são diversos, mas algumas semelhanças (universalidades) existem entre as culturas.
- 6) Valores culturais de cuidados, crenças e práticas são influenciados e incorporados na visão de mundo, fatores da estrutura social (religião, filosofia de vida, o parentesco, política, economia, educação, tecnologia e valores culturais) e os contextos ambientais e etno-históricos.
- 7) Toda cultura tem um gênero [leigo, *folk*, naturalista; principalmente *emic*] e geralmente algum profissional [*etic*] do cuidado pode descobrir e usar isso para práticas de cuidados culturalmente congruentes.
- 8) Cuidado culturalmente congruente e terapêutico ocorre quando os valores da cultura de cuidados, crenças, expressões e padrões são explicitamente conhecidos e utilizados de forma adequada, com sensibilidade, e de forma significativa com pessoas de diversas culturas.
- 9) Leininger apresenta três modelos teóricos de cuidado, que são oferecer novas, criativas e diferentes formas terapêuticas para ajudar as pessoas de diversas culturas.
- 10) Métodos de pesquisa qualitativa paradigmáticas oferecem meios importantes para descobrir em grande parte as práticas e conhecimentos de cuidado cultural incorporado, epistêmico e ontológico.
- 11) Enfermagem transcultural é uma disciplina com um corpo de conhecimentos e práticas que objetiva atingir e manter o cuidado culturalmente congruente para a saúde e bem-estar.

Ressalta-se que esses pressupostos foram reformulados na última edição do livro, que data o ano de 2006. No entanto, na criação da TUDCC, Leininger (1984a) apontou dois pressupostos, resgatados na presente investigação:

**1º) as práticas do cuidado do ser humano podem ser identificadas em todas as culturas.**

**2º) o cuidado sob uma perspectiva transcultural é essencial para desenvolver e estabelecer a enfermagem como uma profissão universal.**

A autora ainda apontou doze proposições na criação da TUDCC, descritas a seguir (LEININGER, 1985a):

- 1) Há uma importante relação entre as formas como as culturas identificam e compreendem o cuidado humano e as maneiras como as enfermeiras podem proporcionar um cuidado congruente com os indivíduos e grupos em determinadas culturas.
- 2) Há uma relação próxima e identificável entre os padrões de vida, ambientes e linguagens do cuidado do ser humano e as características da estrutura social que influenciam os resultados das práticas de cuidados da enfermagem;
- 3) O cuidado, valores, crenças e práticas culturais influenciam largamente a forma pela qual os clientes esperam que as práticas de cuidado de enfermagem sejam administradas.
- 4) As decisões e ações do cuidado de enfermagem que levam em conta os valores, crenças e modos de vida dos clientes estarão certamente ligadas à satisfação do cliente com o cuidado de enfermagem.
- 5) Existem diferenças entre os sistemas de saúde e de enfermagem populares e profissionais, que podem criar conflitos e estresses entre as enfermeiras e os clientes no cuidado cultural.
- 6) As decisões e ações do cuidado de enfermagem serão benéficas e satisfatórias para os clientes se usarem uma das três formas de intervenções congruentes e estiverem de acordo com as crenças, valores e modos de vida dos clientes, que são: a) práticas de cuidado cultural de preservação ou manutenção; b) práticas de cuidado cultural de acomodação ou negociação; e c) práticas de cuidado cultural de repadronização ou reestruturação.
- 7) Os conflitos e estresses do cuidado cultural serão identificáveis pelas enfermeiras, quando seus valores profissionais e pessoais diferirem e quando estas diferenças influenciarem os resultados do cuidado ao cliente.
- 8) As práticas culturais de autocuidado serão identificáveis em culturas que dão grande valor ao individualismo e à assistência própria; já outras práticas de cuidado serão evidenciadas em culturas que valorizam a interdependência e o apoio grupais.
- 9) Diferenças de cuidados culturais são identificáveis entre países ocidentais e não ocidentais, e estão relacionadas a diferenças na estrutura social e na visão do mundo daqueles povos.

10) Os valores religiosos e familiares do cuidado podem ser muito evidentes nas culturas não ocidentais; enquanto os valores políticos, econômicos e tecnológicos do cuidado serão muito evidentes em culturas ocidentais.

11) Enfermeiras altamente dependentes de atos e instrumentos tecnológicos refletirão um cuidado menos personalizado e humano aos clientes.

12) As formas de aprendizagem e ensino do cuidado de enfermagem para com os clientes irão variar entre as culturas e, visivelmente, influenciar as decisões da enfermagem profissional.

Para Melo (2010), os conceitos e proposições imbricados na teoria de Leininger reafirmam a importância do compromisso social que deve ser assumido pelos enfermeiros a cada dia.

As proposições e pressupostos da TUDCC de Leininger são conjecturas primordiais para a elaboração de hipóteses em projetos de pesquisa, no âmbito da graduação em Enfermagem, do *stricto sensu* e *lato sensu*, ou seja, apresentam diversos níveis de complexidades para serem investigados.

#### 2.3.2.1 *Sunrise Enabler*, o Modelo Sol Nascente.

O modelo do sol nascente é um método sistemático, rigoroso e profundo para estudar múltiplas culturas e fatores de cuidado em todos os contextos. O foco está na inter-relação entre o cuidado e a cultura, para o alcance do objetivo, que é o serviço de cuidado culturalmente congruente. O *Sunrise Enabler*, ou o Modelo Sol Nascente, foi desenvolvido por Madeleine Leininger como um guia de pesquisa, para obter um amplo, mas também específico e aprofundado conhecimento acerca dos objetivos da teoria (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Desenvolvido para representar a TUDCC, o modelo, Figura 1, simboliza o nascer do sol e tem sido utilizado em estudos (teses e dissertações) para expandir o conhecimento e a visão de mundo das enfermeiras. O modelo não é a teoria em si, mas descreve muitos fatores que influenciam a cultura de cuidados e seus significados. Como um mapa cognitivo, esse diagrama visual auxilia os

pesquisadores a investigar os diversos fatores que influenciam o cuidado prestado dentro de uma determinada cultura (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

As autoras acima mencionadas destacam ainda que o modelo não negligencia o conhecimento profissional, o *etic*<sup>1</sup>, sobre as doenças e fatores relacionados ao ser humano, concentrando-se principalmente sobre o estilo ou modo de vida e os cuidados que influenciam a saúde e o bem viver, as doenças e até mesmo sobre a morte dos indivíduos. Trata-se das considerações pela perspectiva *emic*<sup>2</sup>, que são valiosas e permitem novos insights sobre as pessoas em suas famílias e sua cultura, dentro de um contexto com necessidades culturais específicas. A representação é considerada lógica e promove a compreensão dos diferentes componentes teóricos. Considera-se ainda que o uso do modelo *Sunrise* auxilia alunos, enfermeiros, professores e pesquisadores na obtenção de uma ampla visão do ser humano a ser cuidado, em seus aspectos êmico e ético.

De acordo com Monticelli *et al.* (2010), para a utilização do modelo é necessário que a enfermeira exercite a criatividade e o olhar, destituída de preconceitos profissionais. Nesse sentido, trata-se de atentar aos valores e crenças importantes para cada indivíduo, sem fazer julgamentos alicerçados nas suas próprias convicções.

O modelo, segundo Gualda e Hoga (1992), operacionaliza a teoria e a pesquisa e orienta o estudo da diversidade e universalidade do ato de cuidar. Por meio do modelo *Sunrise*, o pesquisador determina a abrangência e a profundidade do estudo. As autoras ressaltam ainda a combinação entre teoria e método de pesquisa, distinguem níveis de abstração e análise, bem como a abordagem metodológica na geração de conhecimento básico e aplicado.

Acerca dos níveis de abstração, são quatro os existentes, cujos graus variam do mais abstrato (nível I) ao menos abstrato (nível IV). O conhecimento dos níveis de abstração teóricos clarifica os objetivos do estudo e a sua duração (GUALDA; HOGA, 1992).

---

<sup>1</sup> O *etic* “se refere à visão de quem está de fora ou de um estranho, sendo frequente o conhecimento institucional e dos profissionais de saúde sobre um fenômeno” (LEININGER; MCFARLAND, 2006, p.14).

<sup>2</sup> O *emic* “se refere ao conhecimento cultural local e à visão de um fenômeno específico” (LEININGER; MCFARLAND, 2006, p.13-14).

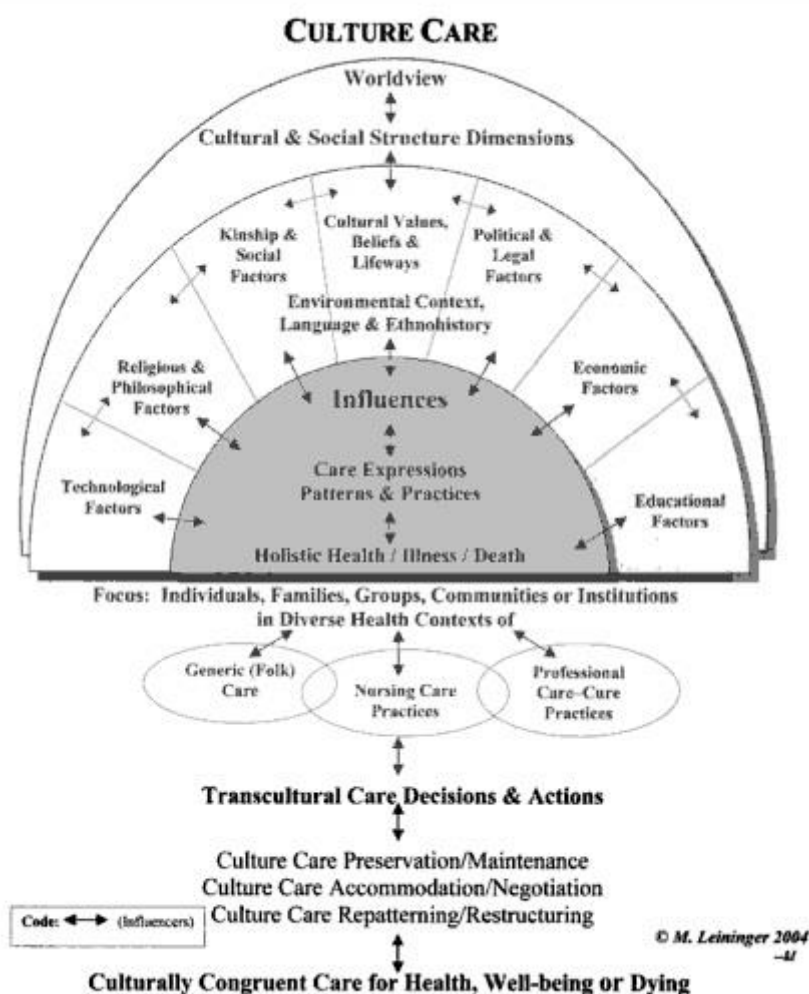


FIGURA 1 – *SUNRISE ENABLER*, MODELO SOL NASCENTE DA TEORIA DA UNIVERSALIDADE E DIVERSIDADE DO CUIDADO CULTURAL.  
 FONTE: Leininger; McFarland (2006).

De acordo com George (1993, p.289), o nível I corresponde ao sistema social, à visão de mundo, que direciona o estudo das percepções para além da cultura. O nível II oferece conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde. O nível III focaliza o sistema popular, o sistema profissional e a enfermagem. Por sua vez, o nível IV abarca as decisões e ações do cuidado em enfermagem que envolve preservação / manutenção, acomodação / negociação e repadronização / reestruturação cultural do cuidado.

As decisões e ações de cuidado são assim definidas por Leininger e McFarland (2006, p.8):

**Preservação/manutenção cultural do cuidado:** ocorre quando as ações ou decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação

auxiliam as pessoas de uma determinada cultura a manter, preservar crenças e valores de cuidado benéfico, ou enfrentar os limites decorrentes da doença ou possibilidades de morte.

**Acomodação/negociação cultural do cuidado:** ocorre quando as ações e decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação criativa proporcionam cuidados ou decisões que ajudem a se adaptar às culturas, ou negociem com os outros para um cuidado culturalmente congruente, seguro e eficaz à saúde, bem-estar, ou para lidar com enfermidade ou morte.

**Repadronização/reestruturação cultural do cuidado:** refere-se àquelas ações e decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação que permitem de maneira mútua ajudar os seres humanos a reordenar, alterar, modificar, ou reestruturar seu modo de vida, para melhores padrões de cuidado (ou benéficos), práticas e resultados.

### 2.3.3 PESQUISA QUALITATIVA DE ABORDAGEM CULTURAL

As pesquisas qualitativas caracterizam-se por se preocupar com uma realidade que não pode ser quantificada, pois trabalham com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos atores, proporcionando ao pesquisador conhecer a dinâmica e a estrutura da situação investigada do ponto de vista de quem a vivencia (PRAÇA; MERIGUI, 2003).

Quando conduzidas na linha da antropologia, as pesquisas qualitativas têm foco na cultura de seus participantes. De acordo com Uchôa (2003), nessa abordagem considera-se que a experiência da doença é uma construção cultural que conjuga normas de conduta, valores e expectativas, tanto individuais quanto coletivas. Desse modo, trata-se de investigar as lógicas culturais e o contexto (pessoal, social, econômico) que podem influenciá-las.

Quando se trata de questões relativas à saúde dos idosos, a abordagem antropológica permite ampliar o campo de estudo, de modo a incluir uma apreensão da experiência subjetiva e de sua interação com diversos elementos do contexto social e cultural. Trata-se, portanto, de uma ferramenta fundamental para a saúde pública contemporânea (UCHÔA, 2003).

De acordo com Leininger e McFarland (2006), a utilização de um método de pesquisa qualitativo proporciona informações significativas arraigadas em um



contexto. As observações aprofundadas, as entrevistas e as experiências participantes são fundamentais para esse método. Para tanto, cada detalhe e informação documentada são essenciais na construção de uma base válida para o conhecimento de enfermagem.

O método de pesquisa qualitativa também pode ser utilizado para obter comparações de diferentes olhares quanto aos padrões culturais familiares, além de identificar os modos de vida recorrentes e padronizados das pessoas. Frequentemente, os padrões de cuidado são mais satisfatórios para os clientes quando são previstos para atender aos seus modos de vida. Sua aplicação permite detalhar situações que dificilmente seriam desvendadas por outros métodos de investigação (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Proposto por Leininger e McFarland (2006), o modelo O-P-R (observação-participação-reflexão) é uma importante ferramenta para o pesquisador que desenvolve pesquisas qualitativas com foco na cultura dos participantes. De acordo com as autoras, o modelo foi parcialmente derivado da observação-participante utilizada na antropologia convencional, tendo sido refinado nas últimas décadas ao receber enfoque nas reflexões. Como parte integrante do processo de investigação, a reflexão ajuda a considerar todos os aspectos conceituais da pesquisa, antes de interpretar uma ideia ou uma experiência.

Conforme afirmam Monticelli *et al.* (2010), para cumprir com a O-P-R, o enfermeiro faz inicialmente as observações e o escutar ativo, sem que haja participação completa e ampla; e conforme ocorrem as interações com os sujeitos, ele progride com participações mais ativas para alcançar as informações culturais ao final do processo. As autoras também ressaltam a necessidade de as reflexões permearem todo o processo de coleta das informações, sendo “principalmente reflexões sobre estes dados e reconfirmações concomitantes dos achados com os informantes” (MONTICELLI *et al.*, 2010, p.223).

O modelo O-P-R conduziu 36 trabalhos de conclusão de Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* no Brasil, defendidos entre os anos de 1993 e 2001, que utilizaram a teoria do cuidado cultural de Leininger. De acordo com Oriá, Ximenes e Alves (2006, p.249), “essas estratégias são eficazes para obter dados qualitativos que possibilitem conhecer a cultura dos clientes e, portanto, viabilize a construção de um cuidado congruente à sua realidade”.

A Observação-Participação-Reflexão é uma técnica que tem quatro fases (LEININGER; McFARLAND, 2006). A primeira corresponde essencialmente à observação, na qual o pesquisador se concentra em observar e escutar. Ele obtém uma ampla visão da situação e gradualmente faz suas observações. É essencial dedicar algum tempo na realização das observações detalhadas e documentadas antes de interagir com os participantes, pois permite identificar o que vai ocorrendo antes da influência de sua participação. É também a fase em que os participantes observam o pesquisador, assim como o testam, de forma a possibilitar a redução da distância entre o pesquisador “estranho” e o pesquisador “amigo” que está adentrando o contexto. Na segunda fase, a observação continua como foco principal, mas já ocorre alguma participação. O pesquisador começa a interagir com as pessoas e observa suas respostas. Na terceira fase, começa-se uma participação mais ativa, e a observação tende a diminuir, em virtude da dificuldade em observar enquanto todos os aspectos estão ocorrendo durante a participação nas atividades dos informantes. Ressalta-se que enquanto o investigador participa, é importante manter a observação, de maneira a apreender das pessoas os seus sentimentos, experiências, e estar diretamente envolvido nas atividades (LEININGER; McFARLAND, 2006). Na quarta e última fase, fazem-se observações reflexivas para determinar o potencial impacto sobre o participante na situação ou atividade de que participou. É como um “olhar para trás”, recapturar a situação e verificar como os sujeitos responderam ao investigador. Essa reflexão ajuda a avaliar sua influência e sintetizar o encontro total na sequência, de forma a particularizar os modos de obter a imagem acurada e reportar informações honestas (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Na observação participante, o pesquisador se coloca em um papel de aprendizagem ativa, no qual os informantes o instruem sobre a situação ou tópico da discussão. Assim, deixa-se o pesquisador ir ao conhecimento do outro, de maneira a não controlar suas respostas, o que é fundamental nas pesquisas qualitativas, assim como o aprender, o ouvir e o observar (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Por sua vez, a entrevista etnográfica se faz importante por contribuir com o entendimento dos significados do que é ouvido, visto e observado das pessoas em seus ambientes. Desse modo, encoraja-se o sujeito participante a prover afirmações sobre seu ponto de vista e suas experiências. A entrevista é utilizada, ainda, para

extrair tanto informações definitivas quanto as inesperadas de um entrevistado (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Ressalta-se que a entrevista requer um grau de empatia para entrar no mundo do entrevistado, em sua cultura e em seu contexto. Obter informações antecipadas acerca desses aspectos pode ajudar a prover ou assegurar uma relação de referência entre o entrevistador e o informante. As entrevistas possibilitam a extração de informações do interior dos sujeitos, mergulhar no ênico e obter a visão de mundo e as experiências dos informantes (LEININGER; McFARLAND, 2006).

É essencial que permitir que o informante interprete, demonstre, clarifique, verifique e confirme as informações. Leininger e McFarland (2006) afirmam que é surpreendente como as pessoas gostam de explicar e interpretar as experiências sobre os seus modos de vida, sem serem interrompidas com uma série de questões que não correspondem à sua linha de pensamento, seu conhecimento ou experiência de vida. Ouvir e repetir a afirmação atrelada ao contexto permite compartilhar informações preciosas e significativas. Desse modo, ressalta-se que se o contexto não for analisado, as informações ficam limitadas e têm uma tendência ao erro.

#### 2.3.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Por considerar a abordagem cultural do estudo, elegeu-se o referencial metodológico de Spradley e McCurdy (1979) e Spradley (1980) para a análise das informações, que é composto por quatro etapas: a) análise de domínio; b) análise taxonômica; c) análise por componentes; e d) análise temática. Estas análises são descritas a seguir.

A análise de domínios identifica as partes ou elementos do significado cultural. Na análise de domínios, buscam-se os padrões culturais existentes nos registros realizados pelo pesquisador. O domínio é toda categoria<sup>3</sup> que inclui outras

---

<sup>3</sup> Uma categoria é um arranjo de coisas distintas que são tratadas como equivalentes (SPRADLEY, 1980).

categorias, e descobri-lo envolve a procura de similaridades entre os termos populares.

A estrutura do domínio é formada por três componentes: o termo coberto (nome do domínio cultural); termo incluído (nome das categorias incluídas no domínio); e relação semântica (relação de ligação entre duas categorias, além da ligação entre o termo coberto e os termos incluídos) (SPRADLEY, 1980).

Definida a estrutura do domínio, Spradley (1980) aponta a identificação de três tipos de domínio: o popular, o analítico e o misto. O popular refere-se àquele em que todos os termos são oriundos da linguagem utilizada pelas pessoas na situação social. O analítico inclui os termos de inferência, sobre o que as pessoas fazem, dizem e usam. Por sua vez, o misto inclui termos tanto populares quanto analíticos.

Para a busca preliminar de um domínio, deve-se selecionar uma amostra de anotações tanto da observação participante quanto da entrevista, que serão lidas de forma a procurar os termos populares. Na sequência, verifica-se se alguns desses termos podem ser um termo coberto (nome para o domínio). Finalmente, testa-se a hipótese por meio da leitura dos demais dados adicionais da entrevista.

A partir do domínio preliminarmente descoberto, Spradley e McCurdy (1979) afirmam que sua análise se inicia por meio das relações semânticas, que são ferramentas para encontrar os domínios e podem ser de dois tipos: universais ou expressas diretamente pelos informantes. Entre os tipos de relações semânticas universais encontram-se inclusão precisa, espacial, causa-efeito, racional, lugar para ação, função, meio-fim, sequência e atributo (Quadro 1).

Inclusão precisa	X é um tipo de Y
Espacial	X é um lugar em Y, X é parte de Y
Causa-efeito	X é um resultado de Y, X é causa de Y
Racional	X é uma razão para fazer Y
Lugar para ação	X é um local para fazer Y
Função	X é utilizado para Y
Meio-fim	X é uma maneira de fazer Y
Sequência	X é uma etapa de Y
Atributo	X é um atributo (característica) de Y

QUADRO 1 – TIPOS DE RELAÇÕES SEMÂNTICAS UNIVERSAIS.

FONTE: Spradley e McCurdy (1979, p.111).

Ressalta-se que o foco se refere a um único domínio cultural, ou a alguns domínios relacionados e às suas relações com a cena cultural como um todo.

Desse modo, de acordo com o referencial metodológico para a análise dos dados (análise dos domínios), os autores propõem seis fases:

1) Selecionar uma única relação semântica para a análise;

São indicados os tipos “inclusão precisa” e “meio-fim” para iniciar a análise.

2) Preparar um papel para a análise de domínio;

O papel deve contar espaços para preencher com a relação semântica selecionada a forma como é expressa, um exemplo de sua própria cultura, os termos incluídos e os cobertos identificados nas observações participantes e entrevistas.

3) Selecionar uma amostra de frases dos informantes;

Nessa fase, devem ser descobertos os domínios por meio das palavras próprias dos informantes.

4) Procurar possíveis termos cobertos e incluídos;

Para essa fase, devem ser lidos os registros tendo em mente duas questões: quais os termos que podem ser tipos de alguma coisa? E existem outros tipos diferentes deles? Como resultados dessa etapa, está a formulação de hipóteses, que serão testadas pela revisão das anotações, observando e questionando os informantes.

5) Formular questões estruturais para cada domínio; e

Essa formulação permite elucidar as hipóteses com os informantes.

6) Fazer uma lista com todos os domínios hipotéticos.

Por sua vez, a análise taxonômica é a identificação das maneiras como os domínios estão organizados. Trata-se de um detalhamento de alguns domínios, que serão analisados profundamente. De modo semelhante ao domínio, a taxonomia se constitui nas várias categorias, organizadas com base em uma única relação semântica. Ela revela as relações entre os termos incluídos em um domínio e as maneiras como eles se relacionam com o todo.

Nessa perspectiva, Spradley e McCurdy (1979) apontam estratégias para a seleção desses domínios a serem estudados, tais como sugestão dos informantes, interesses teóricos, entre outros, e indicam sete passos a serem seguidos:

1) Selecionar o domínio;

Para o início, selecionar o domínio que tenha maior número de termos incluídos. São observadas, então, as similaridades com base nas relações entre as mesmas relações semânticas.

2) Identificar a estrutura de substituição apropriada para a análise;

Para estabelecer as possíveis relações entre os termos cobertos e incluídos, além de identificar os incluídos adicionais.

3) Buscar as possíveis subdivisões entre os termos incluídos;

Revisam-se as anotações e entrevistas e buscam-se domínios mais abrangentes.

4) Construir uma tentativa para a taxonomia;

Trata-se de uma representação esquemática, que pode ser em quadro, diagrama, entre outros.

5) Formular questões estruturais para verificar as relações taxonômicas e elucidar novos termos;

Organizam-se cartões como estratégia nesta etapa e os informantes devem ser lembrados para utilizar os termos que completam as relações semânticas.

6) Conduzir entrevistas estruturais e observações adicionais; e

Nesse passo, serão checadas a análise e a tentativa da taxonomia com os informantes, que deverão instruir o pesquisador sobre como utilizam os termos populares. As observações são focadas para checar a análise.

7) Construir uma taxonomia completa.

Nesse último passo, torna-se necessário interromper a coleta de mais informações e parar de analisar uma taxonomia, aceitando-a como relativamente completa. É bom reconhecer que as taxonomias sempre aproximam os padrões culturais observados durante a análise das informações.

A análise por componentes procura buscar atributos dos termos em cada domínio. Esse tipo de análise se caracteriza pelo processo de encontrar contrastes, organizá-los, agrupá-los por dimensões de contrastes e inscrever essas informações em um paradigma. Ainda, a verificação dessas informações ocorre por meio da observação participante e das entrevistas etnográficas (SPRADLEY; McCURDY, 1979).

Nessa etapa, deve-se reduzir o foco da observação para pontos restritos, pois essa análise reflete uma busca sistemática dos atributos (componentes de significado) associados às categorias culturais. O que difere nessa análise é que um mesmo termo estará associado às múltiplas relações semânticas e informações adicionais, denominadas de atributos. Cada um deles está associado a um termo por uma relação semântica.

De forma semelhante ao passo 4 da análise taxonômica, os atributos são geralmente representados de forma esquemática, em uma tabela intitulada paradigma, de maneira a facilitar e sistematizar a análise. Nesse sentido, um paradigma é uma representação esquemática dos atributos que distinguem os membros de uma categoria de contraste. Spradley e McCurdy (1979) consideram importante que pelo menos dois domínios sejam analisados de maneira intensiva.

Utilizam-se oito etapas para a análise dos componentes (SPRADLEY; McCURDY, 1979):

- 1) Selecionar uma categoria de contraste para análise;
- 2) Fazer uma lista de todos os contrastes identificados previamente;
- 3) Preparar um papel para escrever o paradigma;

Fazer uma coluna à esquerda em que constarão os termos populares com espaços a serem preenchidos pelos atributos.

- 4) Identificar as dimensões de contraste que têm valores binários;
- 5) Combinar as dimensões de contraste estreitamente relacionadas em outras que tenham múltiplos valores;
- 6) Preparar questões de contraste para elucidar os atributos faltantes e novas dimensões de contraste;
- 7) Realizar entrevistas e conduzir observações seletivas para obter os dados necessários; e
- 8) Preparar um paradigma completo.

A análise temática é a quarta e última etapa e relaciona os domínios e suas ligações com a cena cultural como um todo. É a descrição cultural adequada que incluirá um panorama do cenário cultural, além das declarações que expressam a visão do todo, que vai além da junção das partes.

De acordo com Spradley (1980), tema cultural é definido como qualquer princípio recorrente em um número de domínios, servindo de relação entre subsistemas do significado cultural. São, geralmente, expressos em forma de asserção sobre o que as pessoas acreditam e aceitam como verdadeiro e válido e, além disso, têm alto grau de generalização.

Os temas culturais podem estar explícitos ao aparecer nos depoimentos dos informantes, nas expressões recorrentes, ou por inferências do pesquisador sobre os princípios que existem quando os temas permanecerem tácitos.



### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Com alicerce no referencial teórico e metodológico exposto, nessa seção são apresentados os itens que correspondem ao delineamento da pesquisa, que incluem o tipo de estudo, o cenário cultural, os atores e informantes, a entrada e o trabalho de campo, a apresentação e análise das informações, o rigor metodológico e os aspectos éticos.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo do tipo qualitativo-descritivo de abordagem cultural. O estudo qualitativo de segmentos e de microrrealidades visa ao desvendamento de sua lógica interna e específica, de sua cosmologia, de sua visão de determinados problemas, que se expressam em opiniões, relações, atitudes, crenças, valores e práticas (MINAYO; MINAYO-GÓMEZ, 2003, p.137).

Para Chizotti (2003), a abordagem qualitativa investiga os fenômenos nos cenários em que ocorrem, para tanto, é fundamental o convívio com as pessoas e fatos para o desenvolvimento do trabalho de campo. Admite-se, ainda, que a realidade é apreendida parcialmente pelo pesquisador. De acordo com Santos (2003), essa abordagem envolve as contradições e a imprevisibilidade das relações sociais e interpessoais, desse modo, configura-se em uma estratégia para mostrar a complexidade da vida humana.

De acordo com Jodelet (2008), a dimensão cultural é importante na abordagem de diversos fenômenos estudados no campo da saúde pode ter elementos que envolvem valores, normas, padrões de comportamento e pensamento de um grupo. Na concepção etnológica, a cultura tem elementos que incidem na forma como os indivíduos vivem (estilos de vida), pensam e agem, e considerá-los se torna relevante para o desenvolvimento da perspectiva multidimensional necessária para as práticas de saúde.

Na área da enfermagem, conforme afirmam Sant'anna *et al.* (2010), o trabalho investigativo é realizado na busca pela experiência absorvida e enfrentada pelos indivíduos, de modo a descobrir diferentes maneiras de se produzir cuidado. Esses modos de cuidar prestados aos seres humanos são marcados pelas características inter-relacionais, socioambientais e culturais, as quais determinam o seu modo de viver.

As pesquisas qualitativas são indicadas para estudos que visam a investigar práticas relacionadas ao cuidado, à saúde, ao bem-estar, às experiências nos ciclos de vida e às outras áreas que envolvem o fenômeno do cuidado cultural. No seu sentido mais amplo, é um processo sistemático de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar o estilo de vida ou padrões específicos de uma cultura para apreender o seu modo de viver em seu ambiente natural (LEININGER; McFARLAND, 2006).

O método de pesquisa qualitativo proposto por Leininger na criação de sua teoria corresponde ao “estudo e a análise dos locais e pontos de vista de um povo, das crenças e práticas sobre o fenômeno do cuidado de enfermagem, tal como percebida e conhecida por uma determinada cultura” (LEININGER, 1984a, p.38).

Leininger e McFarland (2006) ressaltam que esse método também é utilizado para obter comparações de diferentes olhares quanto aos padrões culturais familiares, além de identificar os modos de vida recorrentes e padronizados das pessoas. Frequentemente os padrões de cuidado são mais satisfatórios para os clientes quando são previstos para atender aos seus modos de vida. A aplicação da pesquisa qualitativa, que tem abordagem dos aspectos culturais, permite ainda detalhar situações que dificilmente seriam desvendadas por outros métodos de investigação.

Por se tratar de um estudo acerca do contexto e do comportamento das pessoas, de acordo com Gualda e Hoga (1997), para a prática de enfermagem, a compreensão do comportamento dos clientes viabiliza a possibilidade de prestar cuidados mais congruentes que resultem numa maior satisfação das pessoas cuidadas.

Desse modo, ressalta-se a escolha da pesquisa qualitativo-descritiva de abordagem cultural coerente com o objetivo deste estudo, que foi descrever as práticas, crenças e valores de cuidado com a saúde dos idosos longevos.

### 3.2 CENÁRIO CULTURAL

O cenário cultural correspondeu ao Bairro Alto do município de Curitiba, capital do estado do Paraná, e como cenário cultural focalizado aponta-se o domicílio dos idosos longevos, usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS), Bairro Alto, localizada no Distrito Sanitário Boa Vista.

A escolha dessa comunidade específica relacionou-se ao fato de o Distrito Sanitário Boa Vista ser o segundo com maior percentual de idosos acima de 80 anos (12,9%) da cidade de Curitiba, ficando atrás, apenas, do Distrito Sanitário Matriz (18,3%) (SMS CURITIBA, 2010). A eleição da UBS Bairro Alto também se deve ao fato de o Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre idosos (do qual a pesquisadora é membro) ter centrado suas atividades de pesquisa no Distrito Sanitário Boa Vista.

Conforme afirma Fenianos (1999), o Bairro Alto é a região nordeste de Curitiba, estando entre as primeiras regiões desbravadas da cidade, próximo ao ano de 1653, por portugueses e espanhóis. Inicialmente, às margens do rio Atuba surge o povoado denominado “Vilinha”, onde, atualmente, se encontra a Praça da Liberdade. O título do bairro se deve à sua localização numa das partes mais elevadas da topografia da cidade.

Os nomes de várias das ruas levaram a denominação dos riachos que compunham a região quando, na época de 1940, se iniciou o loteamento do bairro com a família Castilho, proprietária do espaço (FENIANOS, 1999). De acordo com Penteado (2001), a população residente dessa comunidade é formada, em sua maior parte, por descendentes de imigrantes europeus, os quais desempenhavam atividade agrícola. Por volta de 1970, com o crescimento populacional da região e a implantação do sistema de transporte público de Curitiba, as atividades agrícolas dão lugar ao formato espacial urbano do bairro.

Conforme dados do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (2010), o Bairro Alto tem uma área de 7,2 Km<sup>2</sup>, o que corresponde a 1,62% da área de Curitiba (IPPUC, 2011). De acordo com os dados do IPPUC (2005), a rede de esgoto atende aproximadamente 80% dos domicílios. A totalidade das residências do bairro possui oferta de água tratada, embora sejam frequentes as restrições de

abastecimento de água à população. O transporte público é feito por meio das linhas alimentadoras, interbairros e sistema direto (ligeirinhos), integrados ao terminal do Bairro Alto, o qual também permite a conexão com a cidade de Colombo-PR, região metropolitana de Curitiba.

Quanto aos equipamentos municipais, o Bairro Alto conta com: Armazém da Família, Câmbio verde; creche, pré-escola e escolas; Farol do Saber, feira livre, Liceu de Ofícios, Unidade de Educação Integrada; duas Unidades Básicas de Saúde (Bairro Alto e Higienópolis), que não tinham a Estratégia de Saúde da Família até o momento da pesquisa, mas contavam com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Quanto aos aspectos ambientais, a área verde abrange 264.556,39m<sup>2</sup>, distribuídos em um núcleo ambiental, um bosque, sete praças e dez jardinetes (IPPUC, 2011).

A população do Bairro Alto é de 42.033 habitantes (2,58% do município), uma densidade de 59,89 habitantes/km<sup>2</sup> e 13.591 domicílios. No que se refere ao número de idosos, eles correspondem a um quantitativo de 3.071 indivíduos, representando 8,07% da população do bairro e 0,21% da população idosa de Curitiba. Os dados ainda apontam um número aproximado de 566 idosos longevos, dos quais, 112 são responsáveis pelos domicílios (IPPUC, 2010b).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (2010), a UBS Bairro Alto (eleita para a presente investigação) é dividida em oito microáreas<sup>4</sup>, e tem abrangência de 18 mil habitantes, 1800 indivíduos idosos. Esse cenário conta com uma equipe de saúde composta por uma autoridade sanitária local, três enfermeiras, cinco clínicos gerais, quatro pediatras, dois ginecologistas, dezenove auxiliares de enfermagem, seis dentistas, nove técnicos de higiene dental, dois educadores físicos, um psicólogo, um nutricionista, um farmacêutico e um fisioterapeuta.

Concernente aos serviços de saúde oferecidos aos usuários, elencam-se consultas de enfermagem voltadas para crianças, gestantes, puérperas, hipertensos, diabéticos e dependentes químicos. No entanto, ressalta-se que não se desenvolvem consultas específicas para idosos. Além do atendimento ambulatorial, são oferecidas atividades educativas (nutricionais, posturais) e de lazer (artesanais)

---

<sup>4</sup> As microáreas são definidas como uma subdivisão da pequena extensão do território da Unidade Básica de Saúde, na qual se pressupõe que os habitantes têm uma condição de vida homogênea, que possibilita determinar riscos à saúde (SILVA; OLIVEIRA; NUNES, *et al.*, 2001).

para grupos de hipertensos e diabéticos, saúde mental, antitabagismo, gestantes, crianças e adolescentes.

O domicílio dos idosos longevos participantes do estudo se configurou como cenário cultural focalizado, pois foi nesse espaço que ocorreu o trabalho de campo. Segundo Duarte (2002), parece haver maior liberdade de expressão das ideias quando as entrevistas são realizadas no ambiente doméstico, pois o sujeito reduz sua preocupação com o tempo, o que torna o momento mais denso e produtivo. Em pesquisas qualitativas de abordagem cultural, todo o contexto é observado e analisado, e é no âmbito do domicílio que as práticas culturais de cuidado dos idosos longevos são realizadas, o que justifica a escolha desse cenário focalizado.

### 3.3 ATORES E INFORMANTES DO ESTUDO

Foram atores do estudo os indivíduos que fizeram parte do cenário e das cenas culturais, vivenciadas no decorrer do trabalho de campo. Esses atores em algum momento estiveram na condição de informantes gerais, desse modo, incluíram os idosos longevos; os familiares, residentes no mesmo local ou que realizaram visitas durante a coleta das informações; as pessoas próximas (vizinhos e amigos); e os profissionais de saúde, presentes no desenvolvimento do trabalho e que compartilharam a mesma cena cultural dos idosos mais velhos.

No que concerne à população de idosos longevos na UBS Bairro Alto, de acordo com pesquisa realizada em momento anterior, o quantitativo de idosos de 80 anos ou mais cadastrados em programas oferecidos pela UBS era constituído, até o mês de agosto de 2011, por 107 longevos (LENARDT; CARNEIRO, 2011).

Foram selecionados para a investigação os muito idosos indicados pela enfermeira *middleman*<sup>5</sup> e agentes comunitárias de saúde (ACS). Os longevos participantes do estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 80 anos;
- Ser atendido da Unidade Básica de Saúde Bairro Alto de Curitiba-PR; e

---

<sup>5</sup> De acordo com Spradley (1972), a *middleman* atua intermediando o contato do pesquisador com os informantes, pois é familiarizada com o cenário e pode indicar potenciais informantes.

- Ser cognitivamente capaz de responder às perguntas no Mini Exame de Estado Mental – MEEM (anexo) desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e adaptado por Bruck *et al.* (2006), e pontuar acima dos pontos de corte propostos por Bertolucci (1994), de acordo com a escolaridade, sendo 13 pontos para indivíduos sem escolaridade, 18 pontos para baixa e média escolaridade e 26 pontos para alta escolaridade.

Foram eleitos os seguintes critérios de exclusão:

- Idosos com pontuação inferior ao ponto de corte no Mini Exame de Estado Mental (MEEM); e
- O desejo de interromper voluntariamente a participação no estudo.

Leininger e McFarland (2006) apontam a existência de informantes chave, pessoas que conhecem mais profundamente a cultura de interesse que está em investigação. As autoras ainda apontam a participação de informantes gerais, representados nesse estudo pelos demais atores do cenário cultural, com especial atenção aos familiares dos longevos e profissionais de saúde da UBS.

O número de informantes chave depende da saturação teórica das informações, a qual é avaliada por um processo contínuo de análise dos dados, que começa no início do processo de coleta (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Ao considerar o rigor científico e a transparência da pesquisa qualitativa, os autores ressaltam a importância em mencionar o conjunto de fatores identificados que possam ter contribuído para a decisão de um determinado ponto de saturação.

O foco da pesquisa qualitativa está na obtenção da profundidade do conhecimento sobre a área de investigação, dessa maneira, destaca-se a participação dos informantes chave como fundamental para a viabilidade da pesquisa. De acordo com a Leininger e McFarland (2006), são poucos os informantes chave necessários para o alcance dos objetivos propostos para a pesquisa de cunho qualitativo. Eles podem ser identificados, no entanto, não são todos que serão selecionados para o estudo.

Desse modo, participaram **12 informantes chave**, dos quais dez eram longevos e duas eram familiares (filhas das longevas). Os **informantes gerais totalizaram 34 participantes**, entre esses, vinte eram idosos longevos (14 mulheres

e seis homens), oito familiares (entre filhos e cônjuges), uma enfermeira da UBS e cinco agentes comunitárias de saúde.

### 3.4 ENTRADA NO CAMPO

A entrada no campo ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) com Seres Humanos, da Universidade Federal do Paraná, e viabilização do campo pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Realizou-se o contato prévio com a autoridade sanitária, a qual indicou uma enfermeira para a função de *middleman*.

Na companhia de uma doutoranda, que também iniciava sua entrada no campo, a pesquisadora se inseriu nas reuniões preexistentes da enfermeira com os ACS para expor o projeto e esclarecer possíveis dúvidas acerca do objetivo e do percurso metodológico. Essas reuniões aconteceram todas as sextas-feiras, com início às 9 horas. Após essa etapa de apresentação, a enfermeira *middleman* acompanhou as primeiras visitas domiciliares. Na sua impossibilidade, a ACS responsável pela área em que residia o longo tempo acompanhou a pesquisadora, de modo a viabilizar a entrada no cenário domiciliar com o respaldo de um profissional vinculado à UBS Bairro Alto.

A primeira visita domiciliar ocorreu, necessariamente, na presença da enfermeira ou de uma ACS. Nesse momento, a pesquisadora era apresentada e o estudo elucidado para os mais velhos. Para os que aceitaram participar, uma segunda visita foi agendada, a qual poderia ou não acontecer junto do profissional da UBS, conforme sua disponibilidade.

Nesse momento, foi iniciada a primeira etapa do Modelo O-P-R, fase que se refere a um observar e escutar ativo. Desse modo, nas primeiras visitas domiciliares, a ênfase foi dada para a observação do cenário e das cenas culturais para descrevê-las com densidade nos registros condensados, expandidos e no diário de campo, ferramentas importantes utilizadas pela pesquisadora.

### 3.5 O TRABALHO DE CAMPO

Para a coleta das informações, foi utilizado o Modelo O-P-R proposto por Leininger e McFarland (2006), o qual foi elucidado no item 2.3.3 do presente estudo. O referencial metodológico de Spradley e McCurdy (1979) e Spradley (1980) foi empregado, parcialmente, para a análise das informações (itens 2.3.4 e 3.6 do estudo).

A coleta das informações ocorreu no período de fevereiro a setembro de 2012, em um processo gradual e interativo, realizado durante as visitas domiciliares. Essas visitas foram sempre confirmadas com antecedência, por contato telefônico ou pessoalmente, e tiveram a duração entre uma e cinco horas, conforme a disponibilidade dos mais velhos.

As visitas domiciliares ocorreram de modo equitativo nos períodos da manhã e tarde, conforme os horários disponíveis dos idosos, para que não interferissem em suas atividades previamente agendadas. As idas ao campo foram realizadas de maneira mais intensiva até o mês de julho, período em que as observações e descrições do cenário e das cenas culturais foram realizadas com maior densidade.

Na primeira fase do modelo O-P-R, foi observado o cenário domiciliar dos idosos longevos, bem como exercitado o escutar ativo. Por estar em seus domicílios, foram observações próximas, das quais se tentou extrair uma visão ampla do contexto cultural. Desse modo, registraram-se informações sobre o que os idosos pensam e falam acerca dos cuidados com sua saúde.

Estar acompanhada de um profissional de saúde vinculado à UBS promoveu a receptividade dos idosos, o que facilitou a entrada e o trabalho de campo. Do mesmo modo, a presença de uma doutoranda, integrante do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI), facilitou a coleta no momento em que foi imprescindível o foco na observação. Enquanto a doutoranda entrevistava os longevos, desenvolvendo sua coleta, foi possível realizar observações focalizadas no contexto domiciliar, o que contribuiu para a densidade das descrições.

Na medida em que ocorreram as visitas subsequentes, foram iniciadas as participações, concomitantemente à observação. A segunda fase do modelo O-P-R ainda tem como foco a observação, no entanto, teve início a interação com os



longevos e observação de suas respostas, mesmo que essa interação fosse limitada. Nesse momento, foram iniciadas conversas informais com os informantes gerais que estiveram presentes no cenário cultural.

De forma gradual, foi possível alcançar a terceira fase do modelo O-P-R, na qual as observações tiveram continuidade, no entanto, a participação foi fundamental. Nessa mesma etapa ocorreram as entrevistas. Buscou-se nessa fase apreender a visão de mundo dos idosos mais idosos, bem como a vivência de suas práticas culturais de cuidado com a saúde. Os registros no diário de campo foram lidos e relidos antes da entrevista, de maneira a direcionar o informante a situações específicas que permitissem ser mais bem descritas pelo pesquisador.

Para a obtenção dos depoimentos dos longevos, foi utilizada a entrevista semiestruturada. As informações foram gravadas, transcritas e, posteriormente, validadas com os entrevistados, por meio da leitura das informações transcritas em uma visita subsequente, previamente agendada por telefone.

O roteiro de entrevista versou sobre as práticas culturais de cuidado com a saúde (apêndice II) e abarcou quatro questões: 1) conte-me sua rotina diária, o que o (a) senhor (a) faz desde que acorda até o momento em que vai dormir; 2) diga-me como o (a) senhor (a) cuida da sua saúde; 3) conte-me sobre as atividades que o (a) senhor (a) realiza que, em sua opinião, o (a) ajudam a cuidar de si ou a ter saúde; e 4) diga-me o que o (a) senhor (a) fez durante toda a sua vida que, em sua opinião, contribuiu para que chegasse/ultrapassasse os 80 anos de idade.

Foi realizado um estudo piloto da entrevista com os primeiros três longevos, em que foi verificada a similaridade de respostas dos mais velhos às perguntas 2 e 3. A formulação de cada questão da entrevista foi relacionada ao conteúdo da resposta dada pelo longo vivo à pergunta anterior, e esperava-se que o idoso respondesse a cada pergunta incluindo os termos: o que, qual (is), como, onde e quando.

Contudo, ressalta-se que as entrevistas também foram direcionadas às situações específicas que emergiram durante as fases de observação, o que permitiu a descrição das práticas culturais de cuidado. As entrevistas com os mais idosos foram realizadas sempre após a segunda visita domiciliar, e geralmente ocorreram na cozinha ou na sala de estar, local que os longevos referiram maior conforto para “conversar”. Ainda, o uso do gravador permitiu registrar palavras e

expressões dos dados *emic* dos longevos e representou uma novidade para muitos dos idosos que desconheciam o aparelho.

Foram utilizados como apoio os registros condensados, os expandidos e o diário de campo. Os condensados foram realizados no momento da cena cultural, e para esses apontamentos emergiram algumas dificuldades em virtude de os familiares envolvidos nas cenas culturais (principalmente as crianças) mostrarem curiosidade pelo que era escrito. Por sua vez, os registros expandidos foram realizados assim que a pesquisadora se ausentava do domicílio, para que pudesse registrar uma maior riqueza de detalhes. O diário de campo serviu como apoio para o apontamento das experiências, dos problemas identificados e das percepções da pesquisadora.

De acordo com Flick (2009), a descrição da realidade tem início com as anotações feitas em campo, o que é bastante influenciado pela percepção do pesquisador. O autor aponta que somente o registro no diário de campo pode revelar ocorrências transitórias, de forma que se podem acessar posteriormente tais informações, com o intuito de refletir sobre elas. Esse registro documental valoriza o processo de abordagem de campo, além da aplicação dos métodos de coleta das informações.

A última fase do modelo O-P-R esteve relacionada às observações reflexivas acerca dos achados e à sua confirmação com os informantes. No desenvolvimento da pesquisa, alguns eventos cotidianos foram observados no âmbito da UBS, especificamente, no local intitulado Espaço Saúde, localizado nas dependências da unidade. Nesse ambiente, aconteceram atividades voltadas para os idosos da comunidade, como a Festa Junina, na qual os longevos jogaram bingo, confraternizaram, dançaram quadrilha. Nesse momento, muitas das cenas culturais foram observadas e registradas. Ainda, o Espaço Saúde foi utilizado para entrevistar uma longeva, em respeito à sua preferência.

Durante o trabalho de campo, diversos foram os momentos do “cafezinho”. Muitos dos longevos pediram o retorno ao seu lar, mas que dessa vez fosse “sem os papéis”, “sem as perguntas”, pois gostariam de “jogar conversa fora e tomar um chimarrão”. Foi impossível recusar a aquisição de alguns panos de prato, artefatos pintados ou bordados pelas longevas, pois iria contribuir para as instituições nas quais realizam trabalho voluntário. Em quase todas as visitas domiciliares, a

pesquisadora recebeu diversas frutas, mudas de plantas e ervas medicinais, além do carinho dos mais velhos, semelhante aquele ofertado pelos avós para os netos.

Diante de expressões como “volte sempre!” e “minha casa sempre estará aberta para você”, a saída do campo ocorreu de forma gradual, pois durante as visitas domiciliares os longevos foram avisados quanto à chegada do momento da despedida. Após a circularidade das informações, o trabalho de campo foi concluído, com o encerramento da coleta das informações.

### 3.6 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A análise das informações foi alicerçada, parcialmente, no referencial metodológico de Spradley e McCurdy (1979), pois no estudo foram realizadas as análises de domínios, de taxonomias e a temática. Para os autores, a análise decorre dos registros realizados tanto das observações participantes quanto das entrevistas com os sujeitos, o que conduz a novas questões, conseqüentemente, a novos registros e análises.

Nessa perspectiva, após a leitura e releitura dos registros, foram identificados os termos incluídos, os termos cobertos e as relações semânticas, e então levantados domínios hipotéticos, os quais foram testados nas visitas domiciliares seguintes, por meio da observação e da entrevista. A partir dos domínios mais significativos, foi realizada a análise das taxonomias, buscando discernir cada um dos termos incluídos nos domínios culturais.

A análise temática foi desenvolvida frente à asserção sobre o que os idosos longevos acreditam e consideram como verdadeiro e válido. Desse modo, foram identificados dois elementos, que estiveram presentes de maneira transversal nos domínios culturais e constituíram o padrão maior em torno das práticas culturais de cuidado com a saúde dos idosos mais velhos.

As informações foram apresentadas de maneira descritiva, com a utilização de quadros para facilitar a visualização dos domínios e taxonomias culturais que emergiram do estudo.

### 3.7 RIGOR METODOLÓGICO E ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com Leininger e McFarland (2006, p.76-77), no que se refere ao rigor metodológico, estão entre os critérios qualitativos do estudo: a credibilidade, a confirmabilidade e a saturação. A credibilidade se refere à acurácia dos achados mutuamente estabelecidos entre o pesquisador e os informantes. Trata-se das verdades, crenças e valores, a perspectiva *emic* dos longevos participantes.

A confirmabilidade esteve presente no momento em que as entrevistas, após a transcrição, foram impressas e devolvidas aos informantes, para que pudessem confirmar e checar suas ideias, como uma auditoria das informações. A saturação, por sua vez, foi um critério para a interrupção da coleta das informações, diante da circularidade das informações mencionadas pelos mais idosos.

No que compete à fidelidade das transcrições, foram observados três princípios referidos por Spradley (1980): a) Identificação da linguagem – refere-se à identificação de qualquer anotação, em qualquer ocasião, sobre a fala dos informantes, que podem ser por meio de parêntese, aspas ou chaves; b) O verbatim – refere-se à fidelidade da cópia, o registro de palavra por palavra, de acordo com o que as pessoas dizem no contexto natural ou formal, evitando a tendência do investigador de traduzir o que é dito; c) Linguagem concreta – estabelece que, ao descrever as observações, a linguagem deve ser completa, sem generalização sumária e abreviaturas.

Com alicerce na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os aspectos éticos relacionados ao estudo corresponderam (BRASIL, 1996):

- a) Ao consentimento livre e esclarecido obtido dos idosos longevos informantes, antes do início de sua participação no estudo (Apêndice I);
- b) À proteção de grupos vulneráveis, ao considerar que se trata de idosos longevos;
- c) À ponderação entre riscos e benefícios;
- d) À confidencialidade, privacidade e a não estigmatização dos informantes;
- e) À participação de indivíduos que possuam autonomia plena, para tanto, foi aplicado o Mini Exame de Estado Mental na seleção dos idosos, a fim de realizar *screening* cognitivo (BERTOLUCCI, 1994); e

f) Ao respeito pelos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como pelos hábitos e costumes, aspecto este relacionado diretamente com o objeto de pesquisa.

A temática em estudo é parte integrante da ética, uma vez que a Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural fornece o respeito pelas crenças e valores dos indivíduos, o que é considerado um ideal ético do cuidado.

O idoso longofoi foi consultado e esclarecido sobre sua possível inclusão no estudo, sendo resguardado a qualquer momento o direito de desistir da participação, sem qualquer prejuízo em seu atendimento na UBS. A coleta das informações foi realizada por meio de observação participante no domicílio dos idosos e de entrevistas semiestruturadas, para as quais o local foi escolhido pelo idoso, como sinal de respeito.

Todas e quaisquer informações prestadas foram mantidas em completo anonimato, de modo a garantir o sigilo. Assim, os idosos foram identificados por meio de códigos, com a letra L (de longofoi), acompanhada de número(s) absoluto(s) em ordem crescente, conforme sua inclusão no estudo.

Para os longofois não alfabetizados, foi recolhida a impressão digital no termo de consentimento livre e esclarecido, em substituição à assinatura. Ainda, os longofois autorizaram o uso da imagem, especificamente para o momento de apresentação de defesa pública do referido estudo, para a obtenção do título de mestre da pesquisadora.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, para análise e parecer, o qual recebeu parecer favorável, sob o registro CAAE 0203.0.091.085-11, parecer nº 1292.217.11.12, bem como foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR, sob o protocolo 06/2012.

#### 4. DESCRIÇÃO DO CENÁRIO CULTURAL

Este item versa sobre a descrição do cenário cultural. São narradas as particularidades sociais, culturais e demográficas dos mais idosos informantes do estudo, alguns eventos cotidianos, bem como as características mais significativas do bairro e dos domicílios relacionadas à localização geográfica, recursos disponíveis, estrutura física e acesso.

##### 4.1 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS, SOCIAIS E DEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS MAIS IDOSOS

A descrição do perfil dos longevos informantes do estudo e dos eventos relacionados ao cotidiano desses idosos é resultado das observações e entrevistas, dos registros condensados, expandidos e das anotações em diário de campo. Foram vinte (20) idosos em velhice avançada que fizeram parte do cenário e das cenas culturais, dos quais quatorze (14) são do gênero feminino e seis (6) do gênero masculino.

A longeva mais velha do estudo tem 94 anos. A maioria dos idosos encontra-se na faixa etária dos 80 a 84 anos (Quadro 2), tem baixa escolaridade, seis deles não sabem ler e escrever e apenas dois concluíram o segundo grau completo. O único idoso homem na faixa etária dos 85 aos 89 anos é o que tem maior escolaridade (L11).

Gênero	Idade		
	80 a 84 anos	85 a 89 anos	90 anos ou mais
Feminino	10	2	2
Masculino	5	1	0
Total	15	3	2

QUADRO 2 – NÚMERO DE IDOSOS LONGEVOS INFORMANTES SEGUNDO O GÊNERO E A IDADE. CURITIBA, 2012  
 FONTE: A autora (2012)

O número de mais idosos casados se iguala ao de viúvos, apenas uma longeva está separada e outra solteira. Os seis idosos do sexo masculino são casados, e dois deles mencionaram segundo e terceiro casamento, respectivamente. Todos os homens viúvos apresentam novas núpcias e as viúvas, por sua vez, relataram que não se casariam novamente, pois o casamento é algo único e precisam respeitar o “falecido”.

Como dessemelhança sobre essa concepção, uma viúva mencionou um relacionamento recente, ao qual ela denominou de “namoro”, com um senhor apresentado pela filha, que residia no oeste de Santa Catarina. O pretendente com a intenção de casamento visitou a longeva, tendo vindo de sua cidade já com as “malas prontas para ficar”. A idosa não gostou dessa iniciativa, como pode ser observado no seguinte trecho da entrevista:

“fiz cara feia quando vi ele descer do carro com todas aquelas malas... mas tudo bem, recebi! Já tinha conversado com ele no celular várias vezes, mas não esperava que viesse de mala e cuia! Fiz janta menina... ele elogiava minha comida, mas eu não queria mais ficar servindo ele não! Ele ficou aqui três dias, mas logo arranjei um jeito de dispensar!” (L18).

Esse acontecimento foi destacado porque teve consequências desagradáveis para a longeva. O pretendente faleceu dentro de alguns meses após ter sido rejeitado, o que abalou o relacionamento entre a longeva e a filha. Segundo a mãe, “ela me disse que ele morreu de desgosto, por minha culpa, e não fala mais comigo direito [...] É duro [...], mas aí eu converso com Deus, e peço perdão caso a culpa seja minha!” (L18).

A única informante solteira relatou que não tem interesse no casamento, o que pode ser observado no seguinte discurso:

“eu não quis mais depender do meu pai, então fui trabalhar de empregada doméstica. Eu nunca me importei com esse negócio de casar. Uma que antigamente com as domésticas tinha muito preconceito. Tinha e tem, né? E durante toda a minha vida, eu tive o meu pé bem no chão, sabe? Acho que ninguém é obrigado a gostar de ninguém. Um dia desses a vizinha falou: ‘A senhora nunca casou não?’. Eu falei: ‘não’. Disse ‘por quê?’, e eu ‘ah!, porque eu nunca encontrei a metade da laranja’ [risos]. Porque pobre casar com pobre só iria piorar”. (L12)

No aspecto econômico, todos os mais idosos recebem aposentadoria. Para complementar a renda financeira, alguns possuem cômodos ou casas alugados, ou

ainda exercem trabalho remunerado. Daqueles que exercem atividades com fins lucrativos, ressalta-se o L1, gênero masculino, 83 anos, arrimo de família, que vende doces e pipocas em um carrinho em frente à UBS. As longevas L7 e L8, com 81 e 94 anos, respectivamente, vendem cosméticos e lingerie de porta em porta, e carregam seus produtos em uma mala de viagem. Com o passar dos anos, adquiriram suas clientes “fixas”.

No que concerne às crenças religiosas, todos têm uma religião, são extremamente ligados a ela, e atribuem sua longevidade, principalmente, “pela vontade de Deus”. Dos 20 idosos entrevistados, 13 são católicos, seis são evangélicos e uma longeva frequenta a igreja dos Mórmons. A maioria dos participantes tem o hábito de frequentar a missa ou o culto, pelo menos uma vez por semana, o que geralmente ocorre aos domingos pela manhã. Os evangélicos relataram maior frequência aos cultos, de até quatro vezes na semana.

Além da missa e do culto, participam de outras atividades no âmbito da igreja, como oficina da memória, encontros de louvor/litúrgicos, novenas, terços, coral. Há ainda uma longeva que compõe hinos “dedicados a Deus”, que são cantados nos cultos. Durante as visitas domiciliares, ela cantou alguns deles de forma alegre e, ao final de cada hino, repetia “glória a Deus!”.

Na terceira visita domiciliar, a longeva declamou um novo hino. Disse que esse era o último que havia escrito (mais recente). Sentada ao meu lado no sofá, colocou a mão sobre a minha perna e com uma voz doce e trêmula, cantou para Deus. Ela estava muito feliz e ao final do hino, disse “Glória a Deus!”. Então me abraçou e afirmou “Deus é bom, ele é muito bom!”. (Diário de campo, L4, junho de 2012).

A maioria dos mais idosos tem casa própria, apenas duas longevas moram em pequenas casas alugadas (Quadro 3). Ainda, uma participante reside como inquilina nos fundos de um terreno, mas não paga aluguel. A casa foi cedida à longeva como uma forma de agradecimento da família detentora do domicílio, pela sua dedicação exclusiva aos cuidados prestados para a matriarca já falecida.



Id.	Idade	Sexo	Estado Civil	Moradia	Reside no domicílio	Dividem o mesmo terreno
L1	83	M	Casado	Própria	Cônjuge e filho	Inquilinos e filha
L2	83	F	Casada	Própria	Cônjuge	Filhos e netos
L3	84	M	Casado	Própria	Cônjuge	Filhos e netos
L4	82	F	Casada	Própria	Cônjuge	Filhos e netos
L5	89	F	Viúva	Própria	Sozinha	Filha e neta
L6	86	F	Viúva	Própria	Sozinha	Irmã e sobrinho
L7	81	F	Separada	Própria	Filho	Irmã
L8	94	F	Viúva	Alugada	Sozinha	Inquilinos
L9	83	F	Viúva	Própria	Sozinha	Filhos e netos
L10	83	M	Casado	Própria	Cônjuge	Filhos e netos
L11	85	M	Casado	Própria	Cônjuge e filho	-
L12	83	F	Solteira	Cedida	Sozinha	Inquilinos
L13	81	F	Viúva	Própria	Sozinha	Filha e netos
L14	90	F	Viúva	Própria	Sozinha	Filha e netos
L15	80	M	Casado	Própria	Cônjuge	-
L16	81	F	Viúva	Própria	Sozinha	Filho e netos
L17	80	F	Viúva	Própria	Filho	Filha e netos
L18	82	F	Viúva	Alugada	Neto	Inquilinos
L19	80	F	Casada	Própria	Cônjuge	Inquilinos
L20	81	M	Casado	Própria	Cônjuge	Inquilinos

QUADRO 3 – CARACTERÍSTICA DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS MAIS IDOSOS. CURITIBA, 2012

FONTE: A autora (2012)

Nota: os inquilinos citados no quadro não possuem grau de parentesco com os longevos.

Embora o estudo tenha revelado alguns mais idosos que residem sozinhos ou com os cônjuges, é expressiva a frequência dos lares multigeracionais. A maioria dos longevos tem filhos e netos dividindo o mesmo domicílio ou terreno (Quadro 3). Em alguns casos, essa situação foi resultado de arranjos domiciliares, uma decisão tomada pela família diante da viuvez ou problemas de saúde enfrentados pelos mais velhos.

Os participantes do estudo apresentam diversas características de alterações físicas que acompanham a senescência, como os cabelos grisalhos, a pele fina, o lentigo senil sobre as mãos e face, o arco senil da íris que perde o pigmento, além das rugas de expressão.

Foram observadas semelhanças e dessemelhanças no modo de vestir e de cuidar da aparência dos mais velhos: a maioria dos homens usava sapatos, calça de sarja, camisa social de manga curta e uma boina masculina ou boné. Essas similaridades podem ser mostradas nos seguintes registros do diário de campo:

o octogenário, nascido em um sítio no interior do Paraná, vestia uma camisa social amarela, calça de sarja marrom, botina preta e meia branca. Usava boné azul com uma propaganda de um posto de gasolina e óculos cuja armação possui detalhes na cor dourada. Não utiliza prótese dentária e apresenta quatro dentes na parte inferior e três na parte superior (Diário de campo, L1, 83 anos, março de 2012).

ao chegar no cenário domiciliar do casal (L2 e L3), o idoso participante da pesquisa vestia camisa social xadrez nas cores azul e amarela, calça de sarja marrom e sandália preta de couro. No punho esquerdo, um relógio prateado com o fundo escuro. Natural de Birigui, São Paulo, durante a conversa informal, o longevo comentou acerca de sua descendência: “minha mãe era uma ‘italianona’, meu pai era um negão” [risos] (L3). (Diário de campo, L3, 84 anos, março de 2012).

em visita ao mais idoso, observei o uso de camisa social xadrez marrom e preta, um colete de lã preto, calça de sarja preta, assim como meias e sandálias de couro da mesma cor. Apresenta unhas curtas, calvície acentuada e arco senil (olhos acinzentados devido à reduzida pigmentação da íris). O longevo permaneceu sentado em uma poltrona, a qual fica voltada para a televisão e ao lado de uma pequena mesa com um rádio, para que possa assistir e escutar aos jogos de futebol. Torcedor fanático pelo time de futebol Paraná Clube, afirmou que tem uma “rotina de velho: quase não saio mais de casa, pois caminho com dificuldade; tenho uma poltrona que já fica com uma manta esticada para que eu possa sentar; tenho um rádio antigo para escutar os jogos e noticiários; caminho somente dentro de casa; gosto de cuidar do jardim, do pé de abacate, da laranjeira, das orquídeas e dalias que cultivo”. Faz uso de bengala como apoio para a marcha. Nascido em Serro Azul, no Paraná, é casado com uma mulher mais nova (20 anos de diferença), e é ela quem oferece todo o apoio ao idoso, em termos de alimentação, medicação, higiene, além dos cuidados com a casa. (Diário de campo, L11, 85 anos, junho de 2012).

Alguns dos mais idosos têm preferência pelas vestimentas mais confortáveis e não tão “formais”, como aqueles que utilizam calças de moletom, camisetas de algodão e sandália *crocs* nos pés.

Nascido em uma cidade próxima da Lapa, Paraná, de acordo com informações do participante, o pai era negro (escravo alforriado) e a mãe era de ascendência russa, ambos faleceram com idade avançada: “Meu pai faltou dois dias para alcançar os 100 anos, e a minha mãe morreu com 98 anos!” (L10). O octogenário é negro, reside há sete anos na casa da sua terceira esposa, muito contente, transmite alegria com um sorriso sempre estampado no rosto. Durante a visita domiciliar, vestia uma camiseta azul de um colégio municipal, com uma blusa de lã cor vinho, calça de sarja marrom escura, meia preta e sandália de couro. Mantém bigode, cabelos encaracolados e grisalhos, os olhos já apresentam arco senil, as unhas estavam curtas e bem cuidadas. O idoso tem uma ferida na perna esquerda causada pela picada de um inseto desconhecido, a qual não cicatriza devido ao diabetes. Ainda dirige automóvel e participa da vida familiar da esposa, com a responsabilidade de levar e buscar (de carro) as netas na escola todos os dias. (Diário de campo, L10, 83 anos, junho de 2012).

O longevo nascido no estado de São Paulo é ascendente de italianos. Utilizava camiseta branca de algodão, calça de moletom azul, *crocs* preto e óculos. Bastante calvo, apresenta uma pequena dislalia em virtude de um acidente vascular cerebral ocorrido há cinco anos. Havia no domicílio uma pessoa contratada pelos filhos para cuidar do idoso, bem como de sua esposa. Essa cuidadora permanece com o casal até às 17 horas, momento em que a filha mais velha vem visitá-los. A cena cultural da troca de cuidadores foi observada durante a primeira visita domiciliar. A esposa do longevo é quem apresenta maior grau de dependência, utiliza andador e necessita de auxílio para muitas das atividades básicas de vida diária. (Diário de campo, L15, 80 anos, julho de 2012).

Dois tatuagens nos antebraços de um idoso em idade avançada foram particularidades que se destacaram. De acordo com o octogenário, a primeira tatuagem foi a imagem da “Nossa Senhora da Aparecida”, feita no antebraço direito no ano de 1950 por um colega marinheiro. A segunda é mais recente, uma rosa, que representa a mãe do idoso, uma homenagem a quem lhe “deu o dom da vida”.

Nascido em uma fazenda no interior do estado de São Paulo, o mais velho é ascendente de avós italianos. No dia da primeira visita domiciliar, vestia um moletom azul e uma blusa de lã (casaco de botão) estampada, nas cores azul e cinza, calça de moletom cinza, meia e chinelos. Apresenta calvície e os poucos cabelos que tem são grisalhos. Ainda, utiliza prótese dentária total. No dia da visita, apresentava coriza devido a um resfriado. A todo o momento utilizava um lenço de tecido algodão para assoar o nariz e guardava-o no bolso da calça de moletom. No punho direito, usava um relógio prateado, e nos antebraços, duas tatuagens: uma imagem da Nossa Senhora Aparecida e uma flor (rosa). (Diário de campo, L20, 81 anos, julho de 2012).

As mulheres longevas, por sua vez, estão emolduradas em dois quadros que revelam dessemelhanças significativas. O primeiro quadro pode ser descrito como mais idosas de aparência “frágil”, pequeninas e magras. Comumente, são adeptas dos cabelos presos em coque, saias e vestidos (que cobrem os joelhos e os ombros), sandálias baixas ou sapatilhas. Ora os trajés eram vestidos, ora casacos e meia calça de lã, saias compridas e cachecol. No segundo quadro, as mais idosas fazem uso de calça jeans, moletom e tênis para caminhada. Ainda, costumam pintar as unhas (cores claras, com predominância do rosa), e também tingem os cabelos, embora nem todas tenham o hábito de retocar a tintura da raiz capilar.

A seguir a descrição das primeiras, com um breve relato construído a partir das observações e anotações que constavam no diário de campo:

a idosa mais idosa de baixa estatura utilizava um vestido estampado cinza na altura dos joelhos e que cobria os ombros, bem como chinelo havaiana de cor amarela. Devido ao dia bastante ensolarado, utilizava um chapéu de sol. Os cabelos grisalhos longos e lisos estavam presos com um “elástico de meia fina”. Observei o uso de duas alianças douradas, uma em cada dedo anelar. A longeva é nascida no interior do Estado de São Paulo, na zona rural. (Diário de campo, L2, 83 anos, março de 2012).

nascida no sul de Minas Gerais, a mais velha tem olhos azul-claros, cabelos curtos grisalhos em tom de cinza, presos em forma de coque. Na primeira visita, estava com um casaco de lã verde, saia comprida e estampada, meia calça de lã e sapatilha. Encontrava-se com as unhas das mãos pintadas de rosa claro e bem cuidadas. (Diário de campo, L4, 82 anos, março de 2012).

era uma tarde bastante fria, ventava muito. A longeva, natural de Joinville, Santa Catarina, usava aparelho de surdez no canal auditivo direito. Vestia blusa de lã quadriculada preta e branca, cachecol de lã preto, saia jeans comprida, meia calça e pantufas. Os cabelos compridos e brancos em sua totalidade estavam trançados e presos como coque por meio de grampos de cabelo. Referiu que é ela mesma quem arruma seu cabelo todas as manhãs, pois já está acostumada. (Diário de campo, L5, 89 anos, março de 2012).

quando cheguei ao domicílio pela primeira vez, a mais velha, nascida em Santa Catarina, estava lavando roupas. Benzedeira muito requisitada na comunidade, vestia uma blusa de lã verde, saia comprida, meia calça de lã preta e sapatilha. Os cabelos grisalhos em tom de cinza estavam presos em coque, com grampos de cabelo. A longeva foi bastante receptiva em todas as visitas, sempre convidava para a roda de chimarrão e para os cafés da tarde. (Diário de campo, L6, 86 anos, abril de 2012).

Muitas das longevas utilizavam sapatilhas ou pantufas. Presenciei cenas culturais em que as idosas calçavam a sapatilha para sair do domicílio, andar no quintal e lidar na horta (fundos de casa). Ao retornar, deixavam no tapete da porta de entrada as sapatilhas e calçavam as pantufas ou chinelos de pano.

O segundo quadro pode ser descrito como longevas que divergem da imagem de pessoa “frágil”, representação que muitas vezes está associada à longevidade. Elas fazem uso de roupas mais modernas como a calça jeans, moletom e tênis para caminhada. A seguir, algumas descrições que esclarecem as características pessoais dessas mais idosas:

nascida em um sítio do interior paulista, pele morena queimada do sol, é a participante mais velha entre todos os longevos do estudo. Vestia blusa de lã cacharel branca, calça de moletom preta já um pouco desbotada e um tênis para caminhada. Usava óculos de sol, devido a uma cirurgia de catarata realizada recentemente. Cabelos grisalhos em tom de cinza escuro, lisos e curtos, estavam presos como rabo de cavalo. As unhas das mãos encontravam-se bastante compridas, pintadas apenas com um

fortalecedor de unhas incolor. Apresenta ausência de alguns dentes, bem como pintas pigmentadas escuras e manchas senis no rosto. (Diário de campo, L8, 94 anos, abril de 2012).

natural de Minas Gerais, a mais idosa estava de tênis, calça de moletom preta, blusa de lã verde de gola alta. As unhas estavam pintadas de rosa claro e, segundo a idosa, tem o hábito de pintá-las toda a semana, em um salão próximo da sua casa, onde consegue ir a pé. Cabelos curtos, volumosos e grisalhos. Sofreu uma queda na rua há três meses, na qual fraturou um osso facial, o que, segundo a longeva, justifica a equimose em seu rosto. Foi uma das informantes gerais menos receptivas, preferiu conversar no quintal da casa, pois, se entrássemos, as cachorras fariam muito barulho e ela não queria acordar o filho. (Diário de campo, L9, 83 anos, maio de 2012).

senhora de baixa estatura (aproximadamente 1,40m), pele morena, cabelos cacheados, presos, tingidos de castanho (raiz esbranquiçada). Referiu problema visual que dificulta suas atividades diárias. Natural de Curitiba, nasceu no bairro Batel: “minha mãe disse que nasci bem pretinha!” (L13). Vestia uma blusa de lã cacharel branca, jaqueta de nylon azul bastante comprida, calça de agasalho e tênis. Estava com brincos de pedrinha verde. Sorridente, alegre, cantou diversas músicas enquanto conversávamos. Assim que terminava de cantar uma música, o gravador era voltado para que ela pudesse ouvir sua própria voz. Ela ria, com a mão sobre a boca. Mal o gravador interrompia a música e ela já comentava que tinha outra para cantar, e assim procedia. A idosa cantou aproximadamente sete músicas. (Diário de campo, L13, 81 anos, junho de 2012).

longeva de cabelos tingidos (tom de preto), lisos e compridos, manteve-os molhados, amarrados com um elástico e com um arco na cabeça, para segurá-los. Morena de olhos castanhos usava uma blusa cacharel de lã branca, calça de moletom preta com uma listra lateral rosa e tênis branco. A longeva, nascida em um sítio em São José dos Pinhais, Paraná, estava com as unhas pintadas de rosa claro e utilizava aparelho de surdez no ouvido direito. (Diário de campo, L16, 81 anos, julho de 2012).

gaúcha nascida no Rio Grande, tem ascendência alemã por parte materna, e italiana e bugre por parte paterna. Vestia uma camiseta listrada rosa e branca, com o tecido já transparente (envelhecido), a qual estava vestida de traz para frente. Com calça de malha marrom (semelhante a uniforme escolar) bastante larga, meias pretas, chinelos de pano com estampa de onça e lacinhos marrom. Vestia um casaco de lã comprido e largo com botões e um broche com a estampa de um gavião dourado. Disse que o broche foi presente das meninas da igreja dos Mórmons, que ela frequenta. Devido ao frio, estava com touca de lã preta. Os cabelos são curtos, lisos, pintados de loiro, porém estavam com a raiz branca (aproximadamente três centímetros). A longeva afirmou “eu era gorda, rechonchuda! era forte!” (L18), e mencionou que há alguns anos perdeu peso, no entanto, as roupas que utiliza ainda são as mesmas. (Diário de campo, L18, 82 anos, julho de 2012).

morena de olhos castanhos claro, a octogenária tem pais austríacos e italianos. Nascida no interior do estado de São Paulo, tem cabelos curtos (Chanel), lisos, tingidos de castanho escuro, com a raiz esbranquiçada, presos com uma fivela grande, do tipo “tic-tac”. Utiliza óculos (multifocal) com armação marrom. Vestia algumas blusas de lã, de cor cinza e preta, cachecol preto de lã, calça preta de tecido Oxford, meia e tênis. Usava

brincos pequenos e dourados, unhas pintadas de rosa. A idosa é bastante ativa em suas atividades, pois além dos cuidados com a casa, que exigem esforço físico, pratica atividades físicas como caminhada e exercícios na academia ao ar livre (na chamada Vilinha), próxima ao seu domicílio. (Diário de campo, L19, 80 anos, julho de 2012).

Algumas das longevas estavam ainda mais preocupadas com a aparência, sempre bem arrumadas, com as unhas pintadas e bem feitas, tintura nos cabelos. As que adotaram os cabelos grisalhos haviam feito a técnica da permanente, ou a escova para alisá-los. Em todos os encontros, estavam maquiadas e usavam acessórios como brincos, anéis, correntes e tiaras. Abaixo, a exposição de determinadas características dessas mais velhas.

natural de Santa Catarina, a idosa em idade avançada foi receptiva durante as visitas domiciliares. Diferentemente das demais longevas que conheci até então, essa participante usava uma regata azul, calça de moletom cinza, tênis, estava com as unhas pintadas de vermelho, uma tiara nos cabelos, os quais são tingidos de castanho escuro. Usava uma leve maquiagem no rosto (batom e lápis delineador nos olhos). Utiliza prótese dentária parcial por conta da ausência de alguns dentes laterais. (Diário de campo, L7, 81 anos, abril de 2012).

nascida em Curitiba, Paraná (bairro Bacacheri), a participante declarou que os avós paternos e o pai eram italianos, e a mãe natural de Morretes, Paraná. Vestia calça preta, uma blusa de lã cacharel vermelha e um casaco de lã preto, vermelho e cinza, devido ao frio que fazia durante a tarde. Os cabelos curtos e lisos, brancos em sua totalidade, estavam escovados e bem arrumados, pois fez permanente capilar para o seu aniversário de 90 anos. Estava maquiada, com um batom rosa claro. De pele muito clara e maçãs do rosto rosadas, olhos castanhos, utilizava óculos para auxiliar a visão de curta e longa distância, pois já apresenta um déficit visual significativo. Estava com as unhas pintadas de rosa salmão, uma corrente dourada com um pequeno pingente, brincos pequenos de modelo antigo na cor dourada envelhecida e um anel no dedo médio da mão direita, do mesmo modelo dos brincos, com uma pedra verde. Utiliza prótese dentária parcial, pois disse que ainda tem alguns dentes. (Diário de campo, L14, 90 anos, julho de 2012).

ascendente de italianos e portugueses, a longeva nascida na zona rural do estado de São Paulo utilizava blusa de lã marrom, com um casaco de botão azul do mesmo material, calça de plush marrom, sapato de couro fechado. De cabelos curtos, lisos e grisalhos em tom de cinza, usava um arco nos cabelos e estava bem arrumada. Usava um discreto par de brincos de pérola e duas alianças no dedo anular (uma dela e a outra do esposo, já falecido). Mantém as unhas curtas e sem esmalte, apresenta manchas avermelhadas sobre a pele facial e das mãos, devido aos efeitos colaterais do tratamento para câncer de pele que iniciou há alguns meses. Utiliza óculos para auxiliar na visão a curta distância, o que, de acordo com a longeva, são os “óculos para perto” (L17). Apresenta uma ferida na perna esquerda, cuja troca do curativo é feita pela filha diariamente. (Diário de campo, L17, 80 anos, julho de 2012).

Vamos observar o relato de uma longeva que não tem familiar, vive sozinha, é autônoma e independente. O dia da primeira visita domiciliar coincidiu com a data do seu aniversário – completava 83 anos. Revelou que havia comprado dois bolos para oferecer, caso recebesse visitas dos vizinhos, sua principal rede de apoio.

Natural na zona rural no Espírito Santo, a idosa mais idosa é a única solteira e que não tem nenhum familiar. Ao comentar sobre não ter se casado, repetiu algumas vezes as seguintes palavras: “Eu não nasci para ficar pedindo dinheiro para marido! Não nasci para isso não!” (L12). Tem cabelos curtos e brancos, estava com uma blusa azul de lã e sobre ela uma jaqueta do tipo *soft*. Usava calça vermelha de plush, meia preta e sapatilha moleca com elástico marrom. Para leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, colocou seus óculos de armação dourada. Estava com pequenas escoriações no nariz, referiu que o varal caiu sobre seu rosto. Mantinha unhas compridas, sem esmalte e utiliza apenas uma prótese dentária superior. (Diário de campo, L12, 83 anos, junho de 2012).

#### 4.2 BAIRRO ALTO E DOMICÍLIOS DOS MAIS IDOSOS

A cidade de Curitiba, capital do Estado do Paraná, conta com 75 bairros, divididos administrativamente em nove Distritos Sanitários: Matriz, Santa Felicidade, Portão, Cidade Industrial de Curitiba, Pinheirinho, Bairro Novo, Boqueirão, Cajuru e Boa Vista (FIGURA 2).



FIGURA 2 – MAPA DE CURITIBA E A DIVISÃO ADMINISTRATIVA POR DISTRITOS SANITÁRIOS. CURITIBA, 2012

FONTE: INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA - IPPUC (2005).

O Distrito Sanitário Boa Vista, localizado na região Nordeste da cidade, abrange treze bairros, entre eles o Bairro Alto, cenário da presente investigação (Figura 3). Esse bairro, por sua vez, tem as seguintes delimitações: ao Norte, delimita-se com a Rua Xingu, onde faz divisa com o bairro Atuba; ao Sul, com a Rua Napoleão Bonaparte, pela qual se distingue do bairro Tatumã; ao Leste, com o Rio Atuba, limite entre Curitiba e o município de Pinhais; e a Oeste, com a Rodovia BR-376, que o separa dos bairros Bacacheri e Tingüí.



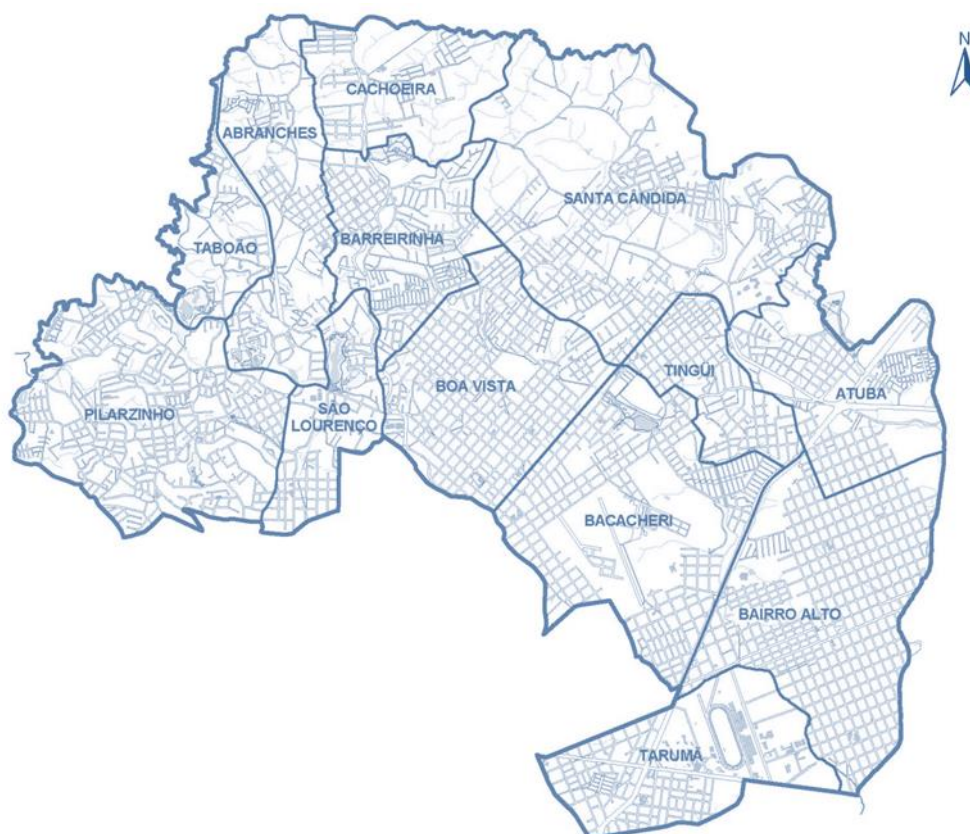


FIGURA 3 - DISTRITO SANITÁRIO BOA VISTA. CURITIBA, 2012  
 FONTE: INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA - IPPUC (2005).

Ao andar pelas ruas do Bairro Alto, é possível observar que as atividades cotidianas ocorrem de forma bastante independentes. Os residentes facilmente encontram bancos e caixas eletrônicos, mercado, pequenas vendas de produtos hortifrutigranjeiros, farmácia e comércio em geral. O bairro conta com um terminal de transporte público bem localizado, que disponibiliza várias linhas de ônibus alimentadores (categoria composta por linhas que ligam o bairro aos terminais de integração e também por linhas que interligam bairros através de terminais). Os idosos ainda têm isenção tarifária, o que permite o deslocamento para outros locais mais distantes e regiões metropolitanas.

O bairro é caracterizado pela altitude, apresentando ruas bastante íngremes, pelas quais muitos idosos caminham diariamente. A maior parte das ruas é asfaltada ou tem antipó, com exceção dos limites da região Leste, divisa com o município de Pinhais. Existem calçadas apenas nas ruas principais (de maior movimento) em que circula o transporte coletivo, próximo dos pontos de embarque e desembarque de passageiros, o que favorece o acesso aos usuários do sistema de transporte.

Nas ruas principais, encontram-se vários comércios e sobrados, muitos deles ainda em construção e com placas de “vende-se”. Ao adentrar o bairro, a percepção do cenário é diferente: a maioria das ruas ainda não tem calçamento, as casas são de alvenaria com terrenos extensos, que medem 10 metros de largura por 50 metros de comprimento. De acordo com uma informante chave do estudo, “antigamente o bairro era semelhante à zona rural”, como pode ser observado no seguinte depoimento:

aqui era um mato só quando eu cheguei! Isso há quantos anos... nossa! Muitas pessoas tinham criação, sabe? Criavam vaca, porco, galinha! Agora que está tudo mudado, asfaltado e tem carro que passa a torto e direito! Antigamente era com carroça puxada por cavalo! Ali, encostado na árvore, tá vendo? É a roda da nossa antiga carroça! Eu guardo de recordação! (L6).

A região conta com áreas de lazer, como a Praça da Liberdade e a Praça Ivo Rodrigues. Como o incentivo à prática de atividade física, promovido pela prefeitura para os moradores, há uma academia de ginástica ao ar livre, localizada na região denominada pela população como “Vilinha”, na qual uma das participantes faz suas caminhadas e exercícios diários.

No quesito educação, os moradores contam com creches, escolas de ensino fundamental e médio. No início do ano (janeiro e fevereiro), algumas dessas instituições estavam com os muros pichados. No entanto, com o retorno às aulas no mês de março, observei a mudança do cenário. Os muros foram pintados e receberam o desenho de crianças, bem como a imagem das palmas das mãos (dos próprios estudantes), nas cores vermelha, azul, amarela e verde.

Em algumas regiões específicas do bairro, como a divisa com Pinhais, nas proximidades do Rio Atuba (pontes do rio), há uma área de risco caracterizada pela forte influência do comércio de drogas ilícitas. Três dos longevos participantes residem nessa região. As orientações dos profissionais da UBS para a pesquisadora versaram acerca da obrigatoriedade da utilização do jaleco branco durante as visitas domiciliares, da importância de não carregar bolsa ou objetos de valor e atentar para o horário de retorno à UBS (antes do entardecer).

“Do lado da minha casa, tem um ‘crime’ de maconheiro, um bandidismo que você não imagina! Eles ficam nessa ponte aí, precisa ver, é só escurecer, aquilo ali já se perde!” (L1).

O Rio Atuba é motivo de preocupação, pois, além do intenso tráfico de drogas que acontece sobre suas pontes no período noturno, o rio transbordava com as chuvas intensas e a água invadia as residências ribeirinhas. De acordo com os idosos moradores, há alguns anos esse evento não ocorre, mas ainda há lixo nas margens do rio, e o cheiro é desagradável, principalmente nos dias quentes.

Embora existam as dificuldades relacionadas ao rio, o bairro tem rede de esgoto e água encanada, luz elétrica, o que permite maior conforto aos residentes. Há coleta de lixo comum (três vezes por semana) e reciclável (uma vez na semana), e uma vez ao mês ocorre a coleta seletiva, quando um caminhão da prefeitura fica estacionado ao lado da UBS para recolher pilhas, baterias, óleo de cozinha e medicamentos vencidos.

O Bairro Alto tem dois hospitais privados, a Maternidade Santa Madalena Sofia e o Hospital Vita (BR-376) e, na atenção primária à saúde, conta com duas UBS para atender a região (Bairro Alto e Higienópolis). Todos os longevos participantes utilizam dos serviços da unidade de saúde Bairro Alto, que inclui consultas médicas, aferição da pressão arterial e fornecimento de medicação. Além disso, a UBS proporciona atividades e situações que prezam pela participação dos idosos da comunidade.

Entre as atividades que promovem a participação do idoso estão os encontros para a ginástica, os passeios nos parques de Curitiba e as festas comemorativas, como a Festa Junina. Essa festa foi realizada no Espaço Saúde, nas dependências da UBS, no dia 29 de junho de 2012, com início às 14 horas. Todas as ACS estavam caracterizadas e se organizaram de modo a dividir as seguintes tarefas: receber os idosos, fazer o cachorro quente, o quentão, a canjica, os bolos, cuidar das músicas, organizar o bingo e a quadrilha (dança junina).

O local estava decorado com bandeirinhas e bexigas coloridas, balões de papel, todos pendurados de maneira a encobrir o teto do Espaço Saúde. As cadeiras foram dispostas ao redor do espaço, com uma mesa redonda ao centro, na qual estavam os bolos, o cachorro quente, sucos e refrigerantes. Havia uma mesa ao lado para o bingo e os brindes. Sobre a pia do Espaço Saúde, ficaram uma panela grande de alumínio com o quentão e os copos plásticos descartáveis.

Durante a festa, foram tocadas músicas típicas, e o ambiente estava animado. Algumas idosas compareceram caracterizadas para o evento, com vestidos

estampados, chapéu de palha com renda branca na borda, amarrado à cabeça por uma fita de cetim. Os idosos, por sua vez, vestiram camisas de cor lisa, chapéu ou boina.

Nessa festa, uma cena cultural merece destaque: na chegada do primeiro homem mais idoso (L1), assim que foi recepcionado, o longevo ficou parado na porta do Espaço Saúde. Ao ser convidado a entrar, respondeu que iria esperar o Sr. Pedro, seu amigo. A ACS então insistiu para que ele entrasse, e nesse momento mostrou o cachorro quente que segurava, com o intuito de incentivá-lo. O idoso então justificou a espera pelo amigo: “eu não vou entrar, vou esperar o Sr. Pedro, porque só tem mulher aí dentro, eu respeito né!” (L1).

Durante a festa, os idosos permaneceram sentados a maior parte do tempo, conversando com os conhecidos que estavam ao lado, e as ACS então ofereciam as comidas e bebidas. Participaram aproximadamente 30 idosos da comunidade, entre eles, cinco em idade avançada. A ACS responsável pelo bingo logo chamou a atenção deles para explicar a brincadeira, como pode ser observado no seguinte registro:

a ACS chamou a atenção dos idosos, disse que o bingo iria começar. Houve uma agitação dos participantes para que todos estivessem sentados. A responsável então explicou a brincadeira: “vou sortear um número, caso esse número esteja na sua cartela, então deve marcá-lo! Quem completar a primeira linha grita ‘bingo’, e se tiver mais pessoas que também completaram, então tiramos na pedra maior!”. Alguns comentários feitos pelos próprios idosos foram observados, como “nossa, quem não sabe jogar bingo?!” e “começa logo que hoje eu estou com sorte!”. As cartelas, canetas e giz de cera foram distribuídos. A ACS então salientou que para a primeira rodada valeria o preenchimento da primeira linha, a segunda rodada para a segunda linha, e assim por diante. Ainda, as demais ACS reforçaram essa orientação para cada idoso, no momento em que entregavam a cartela. (Diários de campo, junho de 2012).

Os brindes para o bingo, também chamados de prenda, foram conseguidos por meio de doações da comunidade e dos próprios funcionários da UBS. A cada rodada, a prenda era apresentada aos idosos, que mostravam ou não o interesse pelo objeto, e então o jogo começava.

O primeiro brinde foi um jogo de quadros para quarto de bebê, na cor azul (quarto de menino). No momento em que viram, alguns idosos comentaram “olha só! Vai ficar lindo no quarto do meu netinho!”. Na primeira rodada, demorou para que alguém gritasse bingo e logo os idosos começaram a ficar inquietos. A cada número “cantado”, eles buscavam em sua cartela e,

não contentes, procuravam na cartela do idoso ao lado. Nesse momento, uma senhora relatou “o jeito é tomar quentão, porque essa cartela tá muito fria!” [risos]. Em vários momentos, foi preciso repetir os números sorteados, pois os idosos confundiam os números: “é 63 ou 73?!”. As ACS então confirmavam, “é 73!”. A mesma situação ocorreu para os números 23 e 33. Com a repetição dos números, alguns idosos se perdiam e então era preciso repetir todos os já sorteados para aquela rodada. Ao gritar bingo, um senhor ergueu os braços e se levantou da cadeira, comemorando. Os demais participantes referiram que suas cartelas estavam muito ruins. Outros lamentavam, dizendo “ah! Mas agora que eu já estava pela boa!”. Alguns ainda esperavam pela conferência da cartela, na esperança de que o colega tivesse marcado algo errado. Nesse momento, perguntei a uma idosa se ela já estava se preparando para a próxima rodada, ela respondeu “calma! Vai que ele comeu bola, né, aí ainda tenho chance!” [risos]. (Diários de campo, junho de 2012).

Os idosos participantes mostravam insatisfação quando alguém gritava bingo. As duas primeiras rodadas foram vencidas pelo mesmo participante, então diziam “é chuncho!”. Mesmo descontentes por terem perdido, nenhum idoso deixou o jogo antes que ele chegasse ao final. A cada duas rodadas, era feito um breve intervalo, as músicas típicas retornavam, as ACS ofereciam o cachorro quente e o quentão, e então o bingo recomeçava. Entre os brindes estavam quadros, potes de plástico, relógios de parede, pulseiras, enfeites de cabelo, formas para pizza e bolo, saleiro e açucareiro, conjunto de canetas, guarda-chuva, entre outros.

Ao final da brincadeira, alguns idosos se despediram levando para casa suas prendas, e os que permaneceram participaram da quadrilha. Perguntei para o Sr. Pedro se ele iria “puxar” a quadrilha, visto que em momento anterior ele expôs esse desejo. Ele então corrigiu e disse: “Puxar não! Se diz marcar, e eu marco sim!” [risos]. Enquanto o idoso marcava a quadrilha, algumas frases que ele dizia não eram compreendidas, quem dançava dizia “não entendi o que tem que fazer Sr. Pedro!”, e então uma ACS respondeu “não tem problema, o importante é se movimentar! Tem que mexer os pezinhos!”.

Os discursos das ACS com palavras no diminutivo mostram um cuidado paternalista para com os idosos. Outro cuidado observado foi no momento da quadrilha que o Sr. Pedro marcou “e agora, vamos todos fazer o pirulito!”, o que corresponde a todos girarem em torno do próprio eixo. Uma das ACS ressaltou: “Esse não dá, senão vão todos ficar tontos! Vamos só mexer com a mão mesmo”. Essa atenção para com os idosos foi importante, pois a ACS procurou evitar quedas, visto que muitos idosos já apresentam vertigem.

Ao final da quadrilha, os idosos distribuíram abraços, agradeceram pela festa, e uma, inclusive, chorou ao declarar que “essas reuniões são muito boas para os velhos”. Nesse momento, a participante do estudo (L13) saiu dançando do Espaço Saúde, com um pedaço de bolo em uma mão e bexigas na outra. Animada, abraçou a idosa que estava chorando e disse: “Chora não! A festa estava muito linda!”. Ao se despedirem, a longeva disse: “Até o ano que vem ‘cumadi’, na próxima festa de São João! Se Deus quiser!” [risos] (L13).

Quanto ao cenário domiciliar, foco do presente estudo, foram visitadas 17 residências, todas situadas na área de abrangência da UBS Bairro Alto. Nenhum domicílio caracterizou-se como sobrado ou apartamento. Apenas duas mais idosas residem em casa de madeira, os demais domicílios são de alvenaria, com terrenos extensos e área verde preservada.

Muitos dos terrenos possuem plantas diversas, com lindos jardins. Entre as flores, observei a predominância de rosas de várias cores, dálias, orquídeas e violetas africanas em pequenos vasos no beiral das janelas. Há ainda árvores frutíferas, como laranjeiras, pitangueiras, cerejeiras, limoeiro, abacateiro, parreira, pé de maracujá, de mimosa e poncã. Há também o cultivo de milho, chuchu e abóbora. Esses atributos deixam o cenário com aspecto interiorano.

A maioria das residências ainda tem hortas, nas quais os mais velhos cultivam verduras, como alface, couve, acelga, almeirão, e frutos, como o tomate cereja. Para utilização de temperos, cultivam cebolinha, manjeriço, alfavaca e salsa. Os longevos também plantam ervas utilizadas para chás, como quina-quina (murta-do-mato), macela, melissa, hortelã, carqueja, milona (orelha de onça), avenca, pata de vaca, tanchais, guaco, losna, boldo do Chile, quebra-pedra, picão, alecrim, arruda, cavalinha, chapéu de couro, erva cidreira e espinheira santa. Ainda, os longevos têm diversas ervas (chás), que eles guardam em potes de vidro com tampas de plástico nos armários da cozinha.

Os idosos cultivam na horta alguns alimentos que fazem parte de sua própria alimentação, pois dizem que assim podem comer as verduras “sem veneno”. As ervas para os chás também são utilizadas pela maioria dos longevos participantes. Na cozinha ainda havia cestas de frutas sobre a mesa, entre elas maçã, banana, poncã, mimosa, limão, manga, mamão, laranja, romã e maracujá. Os outros alimentos estavam sempre guardados em armários de madeira fechados com

portas, e também em despensas fechadas com uma cortina de tecido, para que os alimentos não fiquem à mostra.

Os mantimentos que precisam de refrigeração, como a sobra do almoço que será servida no jantar, são guardados em potes plásticos na geladeira, pois os mais idosos referem que “não é bom guardar alimento em panela de alumínio”. Muitos dos longevos têm dieta controlada devido às patologias que apresentam, desse modo alegam ter preferência pela carne branca (aves e peixe) e afirmam a redução da ingestão de carne vermelha e “gorda” bem como do excesso de sal e açúcar.

Em um dos domicílios visitados no período da manhã, foi possível observar os alimentos do desjejum. Havia sobre a mesa um recipiente de plástico de cor marrom com um pacote de leite pasteurizado, uma sacola plástica de cor branca leitosa com pão francês, um recipiente de margarina e uma garrafa térmica de café. Sobre a mesa havia ainda um vidro de conserva de, aproximadamente, três litros, contendo pimenta dedo de moça e cebola, as quais ocupavam pouco mais de um terço do vidro.

Outra cena que pode ser destacada foi observada em um domicílio de um mais idoso que é diabético e tem o hábito de consumir café em grande quantidade e alta frequência.

Em visita para o mais velho L10, em uma manhã fria e com garoa, a esposa do idoso colocou sobre a mesa uma garrafa térmica com café e um copo de vidro de 200 mililitros. O longevo ofereceu e depois colocou o café mais ou menos até a metade de seu copo, antes de ingerir, adicionou cinco gotas de adoçante e explicou: “Eu uso esse adoçante aqui depois que descobri o tal do diabetes” (L10). Durante a permanência no domicílio (das 10h às 12h), ele ingeriu café três vezes, o que correspondeu a aproximadamente 300 mililitros e total de 15 gotas de adoçante (Diário de campo, junho de 2012).

O cafezinho é um hábito entre os mais idosos. Isso foi observado na maioria dos domicílios, pois a cada visita domiciliar, era quase impossível sair da residência sem tomar pelo menos uma xícara de café. Os alimentos oferecidos durante as visitas também significavam um hábito, com a intenção dos longevos de bem receber a pesquisadora. A mesa era posta para o café com pão caseiro, bolachas, bolo, cuca, geleia e, frequentemente, com alimentos feitos pelas próprias idosas. Recusar esses alimentos poderia soar como uma ofensa.

De modo semelhante, em outro domicílio, a presença do chimarrão. O entendimento dos longevos é que essa bebida deve ser compartilhada, desse modo,

o visitante recebe a sua vez de experimentar o “mate” feito pela dona da casa. O chimarrão é servido quente e considerado uma bebida amarga. Segundo a idosa, “logo depois você acostuma, é amargo só a primeira vez!” [risos] (L6).

Outro aspecto relacionado à alimentação são as churrasqueiras presentes nos domicílios, as quais, segundo os idosos, são utilizadas nos momentos em que a família toda está reunida, durante os “churrascos de domingo”. Trata-se de um modo de preparar o alimento em que a carne escolhida é assada, e também um motivo para reunir a família. Nas áreas onde se encontra a churrasqueira, há também uma rede de descanso pendurada. Em uma das visitas, encontrei o longevo (L3) descansando na rede, tendo permanecido deitado enquanto conversávamos.

Alguns domicílios se encontravam bem limpos e arrumados, pareciam estar sempre prontos para receber visitas. As idosas mais idosas mantinham o chão (tacos de madeira) encerado, sobressaía o cheiro de produto de limpeza na casa, os tapetes no chão estavam rentes com as portas e simetricamente separados, sobre os sofás havia uma colcha de retalhos bem esticada, com almofadas de diferentes estampas e cores.

Nas casas em que o terreno apresenta uma parte cimentada e outra com grama, as idosas referem que facilmente o quintal fica sujo de barro e como prezam pela limpeza da casa, lavam a calçada com frequência. Nesse sentido, foi possível observar o costume de recolher a água da chuva em baldes para ser aproveitada na limpeza das calçadas.

No domicílio do L10, foi observada a prática cultural de recolher a água da chuva em baldes e galões de água cortados (balde improvisado), para aproveitá-la na limpeza das calçadas. A esposa do idoso refere que “qualquer chuva já deixa o quintal cheio de barro, por causa da grama, a parte de cimento do terreno está sempre com terra e eu não gosto de casa suja” (Cônjuge de L10). Como estava garoando na manhã da visita, havia quatro baldes quase cheios de água, que pernoitaram coletando a água da chuva que escorre das bicas formadas pelo telhado da casa e da garagem. (Diário de campo, junho de 2012).

As observações do cenário revelaram somente duas casas em condições ruins de conservação, limpeza e organização. Em ambas, não foi possível sentar no sofá para conversar pela quantidade de roupas que estavam sobre ele. Ainda, havia malas de viagem e caixas de papelão espalhadas pelo chão da sala, papéis e contas a pagar sobre a mesa da copa e as camas desfeitas.



Em uma dessas residências, eram diversos os pedaços de madeira (ripas) e objetos entulhados na área, em frente à janela do quarto do idoso, que impediam a sua abertura. Entre os objetos estavam banquetas de plástico quebradas, regador, rastelo, entre outros materiais de carpintaria. O longevo disse que tem muitos objetos dos quais não se desfaz, por acreditar que em algum momento será necessário.

Outro aspecto observado se refere à violência urbana, contra a qual, se requer proteção. Por isso os domicílios têm grades nas janelas, correntes e cadeados nos portões, muros elevados e, sobre eles, cercas de arame farpado ou pedaços (cacos) de vidro para evitar a invasão por meliantes. Ainda, muitos dos longevos mantêm animais de estimação, como cachorros de grande porte, que são soltos no terreno durante a noite, período de maior ocorrência de assaltos. Durante o dia, os cachorros permanecem trancados em canis, muitos deles apertados para o porte físico do animal. Alguns idosos ainda pagam para um vigia noturno cuidar da residência, como pode ser observado no seguinte depoimento:

“de noite o cachorro fica solto e nós passamos o cadeado no portão, pra ficar bem fechado, porque aqui entra gente pra falar com o neto que mora aqui também. Então de dia chega a ficar aberto e de noite fica no cadeado. E ainda, tem um senhor que pagamos pra ele um pouco, ele faz ronda de noite pra nós. Ele apita ali na frente, passa de moto. O filho paga pra ele, assim a gente fica mais tranquilo”. (L16)

“Por isso que eu tenho meus cachorros, sabe, eu solto eles de noite para evitar que esses mal intencionados aí entrem em casa! A gente já tem pouca coisa, né, o pouco que tem, tem que cuidar do jeito que dá!” (L1).

Em um dos domicílios, além de correntes fechadas com cadeado no portão, a casa da idosa tem travas de ferro e uma tramela de madeira na porta, pois já havia sofrido duas invasões. Ela relatou que, em ambas as situações, um estranho se aproximou do portão com a desculpa de que era funcionário da empresa Sanepar e que precisaria olhar o relógio d'água. Ao abrir o portão, o assaltante simulou um atendimento e pediu o pagamento referente ao “serviço” prestado. A octogenária entrou para buscar o dinheiro e ele a acompanhou, a agrediu e roubou todo o dinheiro que a idosa tinha guardado em casa.

Durante algumas visitas que ocorreram no período da manhã, observei a presença de adolescentes usuários de drogas, que carregavam consigo latas de

alumínio e cachimbos. Esse foi outro motivo que reforçou a importância da presença da ACS ou da enfermeira (*middleman*) durante as visitas domiciliares, que já são pessoas conhecidas na região. Embora conviva com o medo e a insegurança do local, a população mostra respeito e confiança nos profissionais da UBS, visto ser por meio deles que encontram o acesso aos cuidados à saúde. Ainda, para todos os mais velhos foi ressaltada a necessidade de cuidarem da sua própria segurança, como não abrir o portão para pessoas estranhas.

Visto os idosos mais velhos já apresentarem dificuldades na deambulação, seja pela sarcopenia ou pelo déficit visual, a maioria das residências é arejada, bem iluminada, tem cômodos espaçosos, calçada antiderrapante e, nos locais onde existem degraus, há também um corrimão. Essas condições do cenário focalizado proporcionam maior segurança e acesso aos idosos em idade avançada e convergem para a filosofia do Envelhecimento Ativo.

Adentrar os domicílios foi como receber uma passagem de retorno ao passado. Os idosos em idade avançada guardam consigo diversas lembranças, objetos carregados de valor e significado. São quadros religiosos, pinturas em geral, fotografias, objetos como máquinas de costura, fogões a lenha. A decoração da casa é repleta de “bibelôs”, relógios de parede e despertadores, utensílios domésticos e louças. Os móveis antigos dão a sensação de que “o tempo parou” e de um zelo especial ao gosto daquilo que se usava há muito tempo.

Entre as recordações dos longevos estão as velas de aniversário, guardadas nas estantes ou cristaleiras, enfileiradas, iniciando com os números da idade atual. Os idosos mais idosos justificam que são “lembranças”, pois completar mais um ano de vida na velhice avançada representa algo “valioso”. Falar sobre a idade nessa fase da vida deixa de ser motivo carregado de vergonha. Desse modo, os longevos sentem-se orgulhosos em contar aos outros quantas primaveras já presenciaram.

Ah! Menina. É tão bom guardar essas coisas, sabe! A gente se sente orgulhoso de chegar nessa idade assim, com saúde, podendo aproveitar os netos e os bisnetos! A mulher, quando tem lá seus 40, 50 anos, não gosta muito que perguntem a idade, né! Tem vergonha de dizer! Mas nossa! Quando chega na minha idade, você veja, são 90 primaveras, tem mais é que se orgulhar! Não é todo mundo que consegue isso não! Então, eu guardo as minhas velas de aniversário, tudo bonitinha ali ó! Só vou invertendo os números, porque já tenho todos, né! [risos] Só o número 6 que quebrou, mas agora vou usar ele só daqui seis anos, se Deus quiser, até lá eu compro outro! [risos]. (L14).

Muitas das fotografias dos mais idosos foram tiradas durante as comemorações de aniversário, em que estão em frente ao bolo, assoprando as velinhas. As fotos são registros de eventos familiares importantes, como casamento dos filhos, batizado dos netos, bodas de prata e de ouro dos longevos. A maioria dos idosos tem fotografias atuais, junto aos familiares. Ainda assim, muitas das idosas possuem retratos em preto e branco com a sua foto quando jovem, expostos nas estantes da sala ou nas mesinhas do quarto. Da mesma forma desfrutam de retratos pintados há 40 anos, com molduras ovais e de madeiras, que se encontram expostos na parede da sala. A respeito de fotografias, um relato deve ser destacado em razão da representação simbólica da velhice para a mais idosa: “utilizei uma destas fotografias da época que eu era jovem nas lembrancinhas de comemoração pelos meus 80 anos de idade” (L7).

Os porta-retratos e quadros dos domicílios também são religiosos, com frases bíblicas, imagens como a de Nossa Senhora Aparecida, Jesus Cristo, da Santa Ceia, e fotos do Papa João Paulo II e do Vaticano. Outra distinção marcante se relacionou à presença de flores artificiais de diversas cores, em vasos de cerâmica ou de plástico, utilizados para enfeitar os ambientes. Com a mesma frequência são utilizadas as toalhas de crochê, confeccionadas manualmente pelas próprias octogenárias.

Os artefatos de crochê e tricô são uma constante nas capas das almofadas ou nas toalhas de mesa. Muitas delas ainda costuram e em suas velhas máquinas “Singer”, confeccionam as colchas das camas em retalhos coloridos. Outras do mesmo modo pintam quadros e panos de pratos, e bordam toalhas, o que torna o ambiente domiciliar bastante particular, com uma decoração que se caracteriza por pertencer a épocas passadas.

Segundo relato dos mais idosos, alguns móveis são mais antigos do que o próprio casamento, e se encontram em ótimo estado de conservação. Uma idosa referiu que seu jogo de quarto era da sua sogra, que o doou como presente de casamento. As cristaleiras são móveis de destaque, extremamente preservadas. As louças apreciadas como “mais bonitas” são guardadas e “usadas apenas para servir as visitas”. Muitos dos cafezinhos e chás oferecidos à pesquisadora foram servidos em louças “mais bonitas”.

Merecem destaque os diversos modos adotados pelos mais velhos para “ajudar a memória”, como, por exemplo, para lembrar-se das datas em que têm consultas médicas. São mecanismos criativos, como a utilização de um quadro negro, pendurado na parede da cozinha, com a seguinte informação: “Consulta – 14/07/12”. Outros longevos anotam em papéis e os deixam fixos à geladeira por meio de ímãs, ou ainda registram direto na folha do calendário. Esse folheto é amplamente utilizado pelos mais idosos e foi encontrado em todos os domicílios, pendurados nas paredes ou atrás das portas.

## 5 DOMÍNIOS E TAXONOMIAS CULTURAIS

### 5.1 DOMÍNIO CULTURAL 1 – SUPORTE PARA O CUIDADO DA SAÚDE DOS MAIS VELHOS

Para que os idosos mais idosos possam cuidar de sua saúde, é necessária uma rede de apoio e suporte. Desse modo, dos discursos dos participantes emergiu o presente domínio cultural, com os seguintes termos incluídos: as filhas e as netas cuidam; casa segura com cachorros e nenhum tapete; acreditar em Deus fortalece; me levam para cima e para baixo; recebo um salarinho; e familiares dão uma mão, conforme pode ser observado no Quadro 4 e a respectiva taxonomia, no Quadro 5.

Termo incluído	Relação semântica	Termo coberto
As filhas e as netas cuidam Casa segura com cachorros e nenhum tapete Acreditar em Deus fortalece Me levam para cima e para baixo Recebo um salarinho Familiares dão uma mão	é um tipo de	suporte para o cuidado da saúde dos mais velhos

QUADRO 4 – DOMÍNIO CULTURAL 1 – SUPORTE PARA O CUIDADO DA SAÚDE DOS MAIS VELHOS.

Relação semântica inclusão: X é um tipo de Y.

As filhas e as netas cuidam	Familiares (filhas e netas) Vizinhos Amigos
Casa segura com cachorros e nenhum tapete	Calçadas que não escorregam Poucos degraus Presença de corrimão Grades nas janelas Cerca sobre os muros e cadeado nos portões Cachorros soltos no período da noite
Acreditar em Deus fortalece	Missas e cultos Hinos de louvor a Deus Leitura da bíblia Benzedeira
Me levam para cima e para baixo	A pé Automóvel Carona dos filhos

<p>Recebo um salarinho</p> <p>Familiares dão uma mão</p>	<p>Ônibus Kombi da igreja</p> <p>Aposentadoria e pensão do cônjuge Aluguel de cômodos e casas Trabalho remunerado Filhos dividirem o pagamento de contas Descontos na compra de medicamentos</p> <p>Estar ao lado Levar às consultas Ajudar a cuidar da casa e da comida Filhos que cuidam dos cônjuges adoecidos</p>
---	---

QUADRO 5 – TAXONOMIA CULTURAL 1 - SUPORTE PARA O CUIDADO DA SAÚDE DOS MAIS VELHOS

As relações pessoais foram apontadas pelos idosos mais velhos como um tipo de suporte para o cuidado com a saúde, que inclui os familiares, os amigos e os vizinhos como parte da rede de apoio. No que se refere aos familiares, merecem destaque as filhas e netas, que muitas vezes alteram sua rotina para atender às necessidades dos idosos. Geralmente são as filhas que agendam e levam as mães e pais às consultas, fazem a troca de curativos, as compras no mercado e ajudam no preparo de alguns alimentos, como foi elucidado pelas mais idosas.

“Eu cuidei dela e hoje é a minha filha que me cuida. Quando eu preciso ir ao médico, é ela que me leva. E no dia de ir ao médico, ela fala: ‘tal hora nós temos que ir’, então me apronto bem cedo para ela me levar. [...] Sou eu que cozinho, mas feijão eu não cozinho mais, mexer na panela de pressão, né... e também porque eu tenho a minha filha que faz pra mim, aí ela já traz cozido, é bom, né, ? Ela faz a couve-flor, cozinha pra ela e já me traz. Às vezes eu ponho um tomate junto com a couve-flor, e um pouquinho de maionese assim em cima. Mas as compras, é ela que faz, porque eu não enxergo direito, né, então ela me ajuda nessa parte também!” (L14).

“Minha filha, que tá me ajudando, faz o curativo na ferida da minha perna. É com gaze e uma pomada que a médica deu, antibiótico, né? Mas menina, eu vou falar pra você: dói, dói que eu não aguento. [...] Ela também me ajuda, vai ao mercado com as netas, aí já aproveitam pra trazer as coisas pesadas de carregar para mim, é uma mão na roda!” (L17).

“No sítio, eu me criei com peixe, o falecido meu pai punha a rede, pegava muita tainha, muito peixe. Até agora eu gosto de peixe, ali atrás do Banco do Brasil tem feira de peixe e eu pedi para minha filha, ela foi comprar para mim. Ela e a neta, que têm carro, sempre ajudam” (L5).

A prática do cuidado é associada à figura feminina, como pode ser evidenciado nos depoimentos acima. De acordo com Flores, Borges, Budó e Silva

(2011), os idosos associam os cuidados ao papel da mulher, pelas suas características como disponibilidade, percepção e organização.

Outra situação identificada em um dos domicílios se refere à organização dos filhos quanto à contratação de uma cuidadora para o casal de idosos, ainda que eles se revezem com a cuidadora, de modo a não deixá-los desassistidos. Dessa forma, os idosos recebem o suporte para que continuem a morar em sua própria casa, que é a vontade expressa por eles.

A filha do casal justifica essa troca de cuidadores para que os idosos permaneçam morando em sua própria casa, pois não desejam sair dela, mas que também não fiquem desamparados. A esposa do longevo é quem apresenta maior grau de dependência, pois utiliza andador e necessita de auxílio para muitas das atividades básicas de vida diária. (Diário de campo, L15, julho de 2012).

Estudo qualitativo de abordagem etnográfica foi realizado com idosos e cuidadores familiares no município de Santa Maria, interior do Rio Grande do Sul, com objetivo de interpretar como ocorre o cuidado intergeracional com os idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com as particularidades culturais. A reciprocidade emergiu como uma “troca entre cuidador e ser cuidado, e essa permuta determina a prática do cuidado intergeracional com o idoso. Fica explícito que se a pessoa cuidou de alguém, será um dia cuidado; se foi cuidada, tem o dever de cuidar e retribuir” (FLORES, 2008, p.81).

Para a autora supracitada, a reciprocidade, entendida como troca, levou os idosos a associar o cuidado intergeracional recebido por eles ao cuidado que eles dispenderam aos filhos e netos, no decorrer dos anos de vida. Esses cuidados são praticados de acordo com os valores culturais, que orientam as tomadas de decisões e caracterizam a atitude de cuidar entre as gerações. Desse modo, “não é o envelhecimento que sensibiliza a família para cuidar: o cuidado com o idoso depende de situações prévias e da importância da manutenção dos vínculos familiares” e, assim, são os valores transmitidos entre as gerações que condicionam o cuidado (FLORES; BORGES; BUDÓ; SILVA, 2011, p.536).

Um aspecto que destoou entre os participantes do estudo foi uma única longeva, 83 anos, solteira e que não têm familiares. Após a separação dos seus pais, quando tinha 10 anos de idade, a longeva começou a trabalhar em uma casa

de família, em uma cidade de Minas Gerais. Seu pai mudou-se para o Rio de Janeiro, enquanto ela permaneceu no estado mineiro, na função de empregada doméstica de uma família, durante 30 anos. Mudou-se para Curitiba para trabalhar como cuidadora e, desde aquela época, não tem conhecimento acerca de seus familiares. Desse modo, tem suporte nos vizinhos que “sempre a visitam para saber se está tudo bem” (L12).

“Toda a vida eu gostei muito dos meus vizinhos, principalmente a de cima [sobrado no mesmo terreno], todos eles me visitam. Porque eu sou sozinha e muito bem eu tenho que combinar com os vizinhos, que uma hora eu posso precisar deles, né?”. (L12)

A necessidade de proteção e ajuda impõe relações de amizade com os vizinhos, se bem que essa longeva faz todas as suas atividades de vida diária sem auxílio. Diariamente faz a própria alimentação, limpa a casa, lava roupa e tem hábitos de higiene preservados. Tem autonomia para gerir seu próprio dinheiro, caminha até o banco para receber sua aposentadoria e pagar as contas de água e luz. O dia da primeira entrevista coincidiu com a data de seu aniversário. Sem saber se iria ou não receber visitas, a informante havia comprado um bolo de chocolate e um de fubá, pois gosta de “ter o que oferecer quando chega alguém” (L12).

Estudo de Victor, Ximenes, Almeida *et al.* (2009) investigou o perfil de 214 idosos de 60 anos ou mais, atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Fortaleza, Ceará. Os autores constataram percentual significativo de idosos (11,7%) que residem sozinhos, fato que não significa um problema em si, já que pode ser uma opção do idoso. No entanto, esta condição pode ser considerada um estado de risco, haja vista a possibilidade de perda da autonomia, de sentimentos de vulnerabilidade e o risco de solidão.

O relacionamento com os vizinhos foi ressaltado pelos mais velhos como um suporte para o cuidado da saúde. Embora elucidem esse apoio, os mais idosos preferem receber visitas dos vizinhos a frequentar a casa deles, bem como emprestar materiais (ferramentas) para eles a emprestar algo de alguém, o que pode ser observado no seguinte registro do diário de campo e na entrevista:

a longeva demonstra estar solitária e, por não ter familiares, conta com a ajuda dos vizinhos. Caso um dia não se sinta bem, serão eles que poderão socorrer a idosa. Ainda, apontou a preferência para que eles venham até a



sua casa, pois não tem o costume de “bater na porta deles” (L12). (Diário de campo, junho de 2012).

“eu trabalho com sinceridade, tenho amizade com todo o povo, não dependo de estar pedindo nada para os outros. Sempre gostei de trabalhar e ter o meu meio de administrar o que tenho, o que eu preciso tenho que ocupar comigo mesmo. Não sou de emprestar ferramenta de vizinho, antes prefiro emprestar as minhas para eles.” (L1)

Do mesmo modo, os amigos representam o sustento na hora da necessidade, são apoio para os mais idosos no momento em que eles carecem de algo. De acordo com um dos longevos participantes, as amizades são importantes para uma pessoa se manter alegre, pois incentivam a vida, além de afastar maus pensamentos, que podem levar a sintomas depressivos.

“É, eu to com 84. Então o povo, os amigos dizem ‘o senhor tem que passar de 100!’. Mas é tipo uma brincadeira assim. Que verdadeiramente, a idade a gente não sabe, a morte não avisa, né?. Eu tenho muitos amigos, todo lugar onde eu passo, as pessoas com quem eu converso, pessoas estranhas de mim, conversei e dali um pouco já ficamos amigos. Eu fui uma pessoa que me criei sem pai, mas sempre fui uma pessoa de respeito e todo mundo me respeita. Daí todo lugar que eu vou eu tenho amigo, nunca tive inimigo. Acho que isso incentiva, né? Dá alegria, mas menina, como é bom ter amizade! Que a pessoa no meio dos amigos não tem briga nem confusão. Um procura de ajudar o outro, sempre com aquela amizade, um defende o outro. E se não tiver amigo, daí atrai inimigo. E o inimigo, o que que dá? Dá briga, encrenca, às vezes dá coisas pesadas no fim. Então a pessoa que é amiga de todo mundo, ajuda para a saúde, ajuda a manter, às vezes não tem encrenca com ninguém. A gente vê a depressão, a ira, ou raiva, né, tudo isso às vezes faz parte de briga. Você brigou, daí o pensamento é só mau, não tem nada de pensamento bom. Daí ali entram a depressão e os maus pensamentos. Se você briga, são duas coisas que acontecem, é cemitério ou cadeia, uma das duas sempre acontecem. Sempre falo pra muitos amigos: é bom não brigar, é bom ter amigos, ter amizades. É muito melhor ter amigo do que ter inimigo.” (L1)

No presente estudo, os longevos mostraram que têm relações de amizade com pessoas próximas ao local de trabalho, como ocorre no caso do participante mencionado anteriormente (L1), ou ainda com os vizinhos. Enquanto “esperam o tempo passar”, muitos dos mais idosos ficam sentados em frente as suas casas, ao lado do portão, e cumprimentam as pessoas que passam pela rua. São bem humorados e conversam com todos da vizinhança. As longevas, por sua vez, demonstraram maior facilidade de constituir laços afetivos com outras pessoas, devido aos locais que frequentam, como grupos de igreja, voluntariado, supermercado e oficina da memória. Desse modo, as mais idosas entram em

contato com maior número de pessoas que não apenas aquelas residentes nas proximidades de seu domicílio.

De acordo com Lafin (2009), as mulheres, quando comparadas aos homens, frequentemente, constituem mais relacionamentos sociais. As amizades do gênero masculino geralmente se configuram em seu círculo de trabalho, ou seja, nas relações profissionais, enquanto as mulheres constituem amizades mais próximas e íntimas nas conversas e nas relações de apoio mútuo. As mulheres estabelecem relações sociais mais amplas, pois buscam ampliar suas redes de amizades. Os homens, por sua vez, dificilmente substituem os amigos perdidos e, quando se aposentam, ficam limitados a seu grupo social e faixa etária, depositando as expectativas na família.

De modo semelhante, ressalta-se um estudo com 262 idosos de 60 anos ou mais, cujo objetivo foi compreender as semelhanças e diferenças entre homens e mulheres na terceira idade. Em relação às relações sociais, as autoras afirmam que os laços de amizade estabelecidos entre os idosos propiciam benefícios em todas as esferas da vida desses sujeitos. As mulheres tendem a ampliar suas redes sociais para além daquelas estabelecidas em seu ambiente de trabalho, dessa forma, ao chegarem à aposentadoria, conseguem construir novos projetos de vida e estabelecer relações de amizade em outros contextos com facilidade (ARAÚJO; AREOSA; CARDOSO, *et al.*, 2011).

Em levantamento bibliográfico da produção científica nacional e internacional sobre a amizade de idosos no período de 2005 a 2009, as autoras destacam que os trabalhos são, em sua maioria, ainda empíricos. A amizade foi elucidada como promotora da saúde e da qualidade de vida para os idosos, trazendo consequências positivas tanto físicas quanto mentais para essa população. O que está em falta são estudos que expliquem essa relação (ALMEIDA; MAIA, 2010).

Casa segura com cachorros e nenhum tapete foi outro termo incluído pelo domínio cultural, pois os mais velhos identificaram a necessidade e importância das calçadas antiderrapantes, de poucos degraus e de corrimão, principalmente próximo das escadas, para que evitem episódios de quedas.

“Quando o meu marido morreu, eu não quis mais ficar no lugarzinho em que a gente ficava, era um sobradinho. Senta aqui, senta ali, conversa daqui, desce escada, sobe escada, um não aguenta e o outro tem que ajudar a subir e descer. Aí ele morreu e eu não quis mais ficar ali, vim parar nessa

casinha que pelo menos não tem degrau e a calçada não escorrega, porque você sabe, né, que é perigoso pra gente velha, principalmente.” (L8)

“Eu cuido no andar, né, já preciso da bengala, então colocamos piso com aquelas ruguinhas, assim, na calçada lá fora, porque senão é perigoso eu ir parar no chão! [risos]”. (L11)

“Duro é quando eu vou passar uns tempos com meu filho, porque tem o meu quarto lá em cima, tem que subir escadas. Subir e descer. Mas aí ele colocou um corrimão, que ajuda a apoiar, às vezes falta força nas pernas, sei lá, as pernas ficam bamba, sabe como?” (L13)

Os tapetes são utilizados com frequência na maioria dos domicílios e considerados artefatos que embelezam a casa e demonstram o cuidado que os mais idosos têm com ela. O uso de calçados do tipo pantufas são hábitos adquiridos nas regiões mais frias do Brasil, e Curitiba é uma das capitais com mais baixas temperaturas, principalmente na estação do inverno. Desse modo, as mais velhas justificam o uso das pantufas pelo conforto que proporcionam e afirmam que são “quentinhas”.

Para Leininger e McFarland (2006), a situação cultural acima descrita seria motivo para desencadear um diálogo entre a enfermeira e o cliente e, conseqüentemente, convergir para a tomada de decisão e de ações de cuidado culturalmente congruente. Nesse caso, a necessidade de negociação e até mesmo repadronização do cuidado é eminente, visto o risco de quedas e implicações negativas para a saúde da mais idosa.

Apenas uma das longevas afirmou ter medo de cair e consciência da necessidade de prevenir quedas:

“eu tenho um medo de cair que você nem queira saber, viu. Eu tinha um tapete e arranquei tudo. Não deixo mais tapete na casa não.” (L17).

A nora de uma das mais velhas também mencionou atitudes preventivas, no entanto, ressalta que a própria longeva ainda não adquiriu o hábito.

“A gente proibiu ela de lustrar o chão, porque senão fica muito liso e é perigoso ela cair. Tapetinho a gente já tirou e olha aqui, sempre tem um na porta! Chininho de pano, esses são perigosos. A gente fala pra ela, é um pra dentro [de casa] e outro pra fora, para não escorregar.” (nora de L9)

Atualmente as quedas são eventos considerados adversos para os mais idosos e, frequentemente, com graves consequências. No entanto, esse cuidado não é habitual entre os mais velhos, pois ainda estão nos primeiros passos para um cuidado adequado na prevenção de quedas. A expectativa de vida dos longevos aumentou e as quedas tornaram-se recorrentes nesse segmento etário, algo que não era considerado significativo há alguns anos. A repetição frequente desses eventos poderá levar os longevos a desenvolver uma cultura de cuidados preventivos.

Concernente à segurança de suas moradias, os mais velhos apontaram a necessidade de grades nas janelas, cercas sobre os muros e cadeado nos portões, tendo em vista as áreas de risco do bairro. Para que possam cuidar da saúde, a segurança torna-se um aspecto essencial, que permite diminuir as preocupações dos idosos mais velhos.

“Olha, meu filho colocou essas cercas de arame farpado no muro sabe, para evitar que alguém tente pular. Eu também passo o cadeado no portão, porque a rua aqui é movimentada, não dá pra descuidar. Assim, pelo menos eu e meu esposo, a gente se sente mais seguros, né?” (L4)

“Eu preciso usar as correntes no portão e fechar com cadeado, porque já fui assaltada duas vezes, menina [...] levaram todo meu dinheiro que estava guardado! E olha que nem era de noite, era um rapaz que fingiu ser da Sanepar, me bateu e tudo! Nossa, eu tenho muito medo. Minha filha fala ‘mãe!, a senhora não pode abrir o portão pra qualquer um, eu já te avisei’, mas da segunda vez [segundo assalto], acho que eu tinha esquecido [pausa]. Só sei que depois desse susto, eu cuido muito!” (L5)

“Eu tento cuidar da casa, né, coloquei grade nas janelas, uma fechadura dessas ‘tetra’, é tetra que fala, né, coloquei na porta da sala e uma tramela de madeira também, essa eu sei que não aguenta muito não, mas quanto mais segurança, melhor!” (L1)

Os mais idosos revelaram intensa preocupação com a violência urbana e já construíram hábitos diários de proteção diante dessa insegurança. Uma alternativa mencionada foi a manutenção de cachorros de grande porte, que são soltos no terreno no período da noite. Segundo os longevos, os animais alertam os moradores e protegem os domicílios da invasão por meliantes.

“Esse daqui é rotweiler. O outro é mestiço rotweiler com charque. De noite a gente solta, deixa tudo fechado, eles não saem na rua. Eles não atacam a gente não, só gente estranha. A de lá é Luna e de cá é Totó. Eles ficam

juntos, porque é um filho com a mãe. Tinha outro, um charque grande, eu não queria dar, meu filho insistiu pra dar pra um amigo, daí o rapaz veio buscar ontem. Um cachorro grandão, bem grandão, maior que esse aqui, fazia barulho! Ele que enfrentava a luta aqui!” (L1)

“A minha veia aqui tem dois cachorros, são vira-latas, mas fazem uma barulheira que só vendo, precisa ver! É bom isso, porque avisa qualquer estranho que tá passando lá na frente, ou tentando entrar no quintal. Os bichos são danados de esperto, não deixam ninguém chegar perto, aí dá para dormir tranquilo!” (L10)

“Eu levanto sete horas, sete e meia todo dia. Porque o cachorro fica solto e tem que fechar ele, senão ninguém entra na casa. Aí vem gente ali falar com o filho, então eu tenho que prender eles cedinho. Troco a água, dou de comer. A única coisa que eu tenho pra cuidar é o meu cachorro. De noite ele fica solto e nós passamos o cadeado no portão, pra ficar bem fechado, porque aqui entra gente pra falar com o filho e com o neto que mora aí também. Então de dia aberto e de noite fica no cadeado.” (L16)

O terceiro termo incluído como suporte para o cuidado da saúde dos longevos se refere às crenças religiosas, pois “acreditar em Deus fortalece”. Todos os mais velhos frequentam suas igrejas, seja em missas ou cultos. Essa prática foi bastante evidente entre os participantes do estudo, que relataram ter chegado a essa idade em virtude da “vontade de Deus”. Ainda, assistir aos cultos e missas revigora os longevos, oferecendo suporte para que possam cuidar da sua saúde.

“Nossa, como a gente gosta de ir à missa, dá uma paz! A gente vai no sábado às sete da noite, e no domingo às oito da manhã. Agora assistir as missas é bom, porque antigamente os padres rezavam a missa de costas pra gente, agora escutar lá a palavra de Deus é muito bom! E os conselhos que os padres dão pra gente colocar na moleira, eu vou dizer, empenha bem a gente, né? E depois tem aquele prazer! Se a gente perde horário da missa, aí é meio atarracado o sentimento da gente. Mas se não pegar cedo, pega de tarde. E ali é o prazer que a gente tem na vida.” (L3)

“É Deus que faz chegar nessa idade, pois a gente não tem nada para fazer, mas Deus faz tudo por nós, é ele que nos dá saúde, nos dá apetite para comer, se não fosse ele a gente já estava a sete palmos. Por isso eu vou ao culto da igreja, agradecer a Deus, e fico assim, pareço mais nova, mais forte!” (L5)

“Eu assisto à missa, nossa, é tão bom, me fortalece! E a moça da igreja vem trazer a comunhão aqui em casa. Ela veio hoje trazer a comunhão, vem toda quinta de manhã. Isso me ajuda a ter forças, né, senão a gente desiste de tudo, e eu preciso me cuidar, não dá pra entregar os pontos!” (L14)

“Pra se manter assim, primeiro tem que ter paciência, fé em Deus, crer em Deus, crer que lá em cima tem alguém que olha por nós, se desistir, aí a bomba explode.” (L4)

“Eu tenho um radinho na cabeceira da cama, né? Eu assisto missa de noite. Que nem essa noite era meia noite e eu estava assistindo uma missa, o terço, né? Perdi o sono e fui assistir a uma missa. Ainda desliguei o rádio aqui e em vez de eu dormir, que nada! Todo dia seis horas da manhã e seis horas da tarde, aí eles rezam lá, no rádio, e eu acompanho aqui. Tanto aqui [televisão] como no rádio lá em cima, né? No domingo, eu vou à missa das oito horas. A TV então é mais pra ver a missa. Sete horas também tem outra missa, eu assisto a missa Eucodeno, né? Muitas vezes o meu filho está deitado aqui no sofá e eu pego e vou lá em cima, que tem outra TV no quarto dele, né? Eu assisto lá também. Então é isso daí. Toda segunda-feira a gente tem terço no Sagrado Coração de Jesus, na casa das famílias doentes e tudo. A gente leva o santo junto e reza o terço. Daí aquela imagem fica oito dias na casa da pessoa, fazendo suas orações, né? Então essa é a minha atividade.” (L17)

Alguns participantes têm o hábito de acender velas durante suas orações. Despertou a atenção da pesquisadora uma senhora mais velha, que mantinha em casa uma vela elétrica, ligada à tomada, ao lado de uma bíblia aberta no Salmo 93. A longeva justificou o uso da vela elétrica: “Essa é boa, porque não gasta cera! [risos]” (L6). Ademais, foi mencionado o canto e a composição de hinos para louvar a Deus, como forma de agradecimento pela vida e pela saúde que Ele oferece. Em uma das visitas, a mais idosa cantou um dos hinos de sua própria autoria:

“Senhor meu pai, senhor meu Deus;  
Ofertamos a ti nosso louvor;  
Seu facho de lua a nos iluminar;  
São bênçãos recebidas do senhor;  
Senhor meu pai, senhor meu Deus;  
Queria ser um beija-flor;  
Para tua face eu beijar;  
E lhe dizer, pois uma vez, meu senhor;  
Como é grande o nosso amor por você;  
Senhor meu pai, senhor meu Deus;  
Sua estrela brilha mais que um brilhante azul;  
Jamais existirá outro alguém em seu lugar;  
E no seu reino tu reinarás para sempre, senhor;  
Eternamente o nosso rei você será;  
Aleluia, aleluia, meu pai, meu Deus, meu senhor!” (L4)

Os mais velhos ainda apontaram a leitura de passagens bíblicas como parte de sua rotina diária, que oferece “conforto e paz de espírito”. Para um dos longevos (L1), essa prática é especialmente importante ao considerar os poucos anos de estudo que teve, tendo adquirido o hábito da leitura por intermédio da bíblia.

“No meu passado, eu não estudava essas coisas. Sabia que tinha bíblia, sabia que existia bíblia, mas eu nunca tinha visto esse livro. Daí quando foi de 1953 pra cá, eu cheguei a ver esse livro, comecei a estudar e ter acompanhantes, pessoas como se fossem professores me ajudando a

estudar esse livro. Então minha mente foi firmando e entendendo alguma coisa, porque eu tenho pouco estudo. Passei a entender das coisas de Deus, e por causa disso eu sei ler até hoje [...] Ler a bíblia é bom porque acalma o espírito, às vezes a gente amanhece meio, sei lá, meio nervoso, não sei. Aí, quando eu me sento para ler a bíblia, fica bem melhor! Ler a bíblia permite o entendimento, porque de nada adianta só o temor de Deus, saber que Ele existe. Sem o entendimento da palavra de Deus, não se sabe como honrar a Deus, como louvar a Deus e agradecer a Deus, não tem entendimento.” (L1)

“Eu gosto de ler a bíblia porque eu gosto do meu espírito sossegado. Televisão eu não gosto porque pra mim não edifica nada. Agora, se tivesse um programa evangélico pra gente escutar uns hinos [pausa]. Eu vou lá na minha neta, mas saio chispada porque ela liga lá a TV e ‘tererê tererê tererê’, e fica lá escutando aquelas músicas. Eu disse ‘Maria [nome fictício], isso aí não edifica nada, eu vou me embora’. Venho pra casa, leio a palavra de Deus, oro e meu espírito fica sossegado. Quando eu não vou para a igreja eu também fico lendo a bíblia, às vezes acordo de madrugada, leio para ficar sossegada! Isso sim edifica!” (L5)

As pessoas que adotam práticas religiosas têm três fatores que influenciam sua saúde: as crenças que orientam e facilitam as decisões diárias e contribuem para a redução do estresse; o apoio social, em que a comunidade religiosa oferece apoio emocional e financeiro; e a adoção de hábitos saudáveis que promovam boa saúde (KOENIG, 2005).

Para os mais idosos, a religiosidade é um componente que permeia o sentido da sua jornada diária, é um recurso para lidar com as perdas, o sofrimento e principalmente com as dificuldades geradas pelos conflitos intergeracionais dentro da própria família. As crenças religiosas estão entre as mais poderosas e contribuem significativamente para dar sentido ao mundo dos longevos. Para os menos escolarizados, é o único sistema de interpretação do mundo, e oferece explicação das causas biológicas, psicológicas e sociais.

Os meios de transporte disponíveis para os mais velhos também foram um termo incluído no domínio cultural em questão, intitulado “me levam para cima e para baixo”. Os longevos elucidaram modos de locomoção que facilitam o acesso à UBS, bem como às idas e vindas de consultas médicas, nos mais diferentes (e distantes) hospitais de Curitiba.

“Por morar pertinho do posto de saúde, pra mim é fácil, né, eu vou a pé mesmo, pra consultar ou pegar a medicação, às vezes vou acompanhada da minha filha, mas vamos a pé, são duas quadras.” (L5)

“Eu até costume ir a lugares que são perto a pé: na padaria, no postinho. Se tem que ser lugar um pouco mais longe, daí eu vou de carro, pego carona com a minha filha. Se ela não pode, tem as outras, é só ligar, alguma sempre vem. Aí assim nós vamos às consultas, tem vez que é lá no Hospital de Clínicas, tem vezes que é no Erasto Gaertner, já fui pra um monte de hospital, menina! Tudo consulta.” (L17)

Algumas idosas não têm a facilidade proporcionada pelo veículo automotivo, por isso, utilizam do transporte público para frequentar as consultas médicas, como pode ser observado nos seguintes relatos.

“Eu tomo o ônibus pra ir às consultas, porque não tem quem me leve mesmo. O bom é que o ponto é aqui em frente de casa. Eu também não pago a tarifa, o que já ajuda também. O que eu tenho que fazer às vezes é sair bem mais cedo, às vezes ainda tá escuro, porque eu nem sempre sei onde que tenho que descer, aí vou perguntando para o cobrador ou para o motorista, e eles ou os passageiro mesmo me informam. Já teve vez de eu descer dois pontos antes, tive que andar, menina do céu! Aquele hospital não chegava nunca, nunquinha! [risos].” (L18)

“Eu saio também, eu vou pra cidade, eu vou sozinha, eu saio, sei andar de ônibus, já acostumei.” (L4)

Os meios de transporte também auxiliam nos compromissos religiosos (presença nas celebrações), no momento das compras de mercado, bem como nas atividades familiares e sociais (buscar as netas na escola, por exemplo), o que justifica o suporte para os mais velhos, o qual abrange ainda demais membros da família.

“Quando vou na igreja, ninguém vem me buscar, eu pego o ônibus e vou, mas lá eu sou muito querida. Eu vou lá na 1ª igreja batista, lá no centro. Pego o ônibus aqui na frente, desço no terminal, e daí pego os que vão para o centro.” (L8)

“Como a minha esposa teve um derrame e passa o tempo todo na cadeira de rodas, ou deitada na cama, o pessoal lá da igreja vem de vez em quando buscar ela de Kombi, sabe? Aí ela pode assistir ao culto, participar um pouco, depois eles trazem de volta. Eu vou junto, é claro, mas é bom quando eles podem buscar ela, porque daí eu posso ir no culto e ela não fica sozinha em casa.” (L1)

“A gente aproveita a carona dos filhos pra poder ir ao mercado, fazer as compras do mês, que pesam mais. O que precisa ir comprando, isso dá pra carregar. É mais quando é compra do mês mesmo.” (L2)

“O que me dá alegria é Deus me dar saúde pra eu poder andar. Porque eu dirijo ainda, às vezes vou lá pra Paranaguá, Morretes. Desço e subo a serra



da Graciosa. Graças a Deus nunca bati carro nenhum. E eu uso o carro pra levar as netas da esposa, que são minhas também, né, netas de coração, eu levo e busco na escola de carro, aí é bom para elas principalmente quando está chovendo, e é menos perigoso do que elas virem de ônibus ou a pé, tem muita malandragem por aí, tem que cuidar.” (L10)

“Recebo um salarinho”, termo incluído no domínio cultural, foi relatado pelos mais idosos como importante aspecto que sustenta o cuidado da saúde. O principal meio de renda se refere à aposentadoria e pensão do cônjuge falecido, no entanto, na maioria das situações, o orçamento é “apertado”. Essa condição faz com que os idosos recorram à ajuda dos filhos, que complementam a renda dos longevos e os acolhem em domicílios que estão em seus nomes, de modo a reduzir os gastos do idoso com aluguel.

“Recebo pensão do meu falecido, o que já ajuda a não depender só dos filhos. Mas tem meses que o dinheiro não dá, então os filhos têm que me ajudar, porque não dá pra comprar todos os remédios, né?” (L14).

“Recebo sim, da velhice, um salarinho. Até é suficiente para viver, até que dá, eu agradeço a Deus, porque eu não pago aluguel, a casa aqui é dos filhos, está no nome deles. Mas eu tenho a minha aposentadoria, o meu velho tem também uma de um salário.” (L4)

Em outras situações, os filhos dos mais velhos se dividem no pagamento das contas relacionadas à saúde, como os convênios, exames médicos e medicamentos. No entanto, aqueles que contribuem financeiramente são os menos presentes no dia a dia dos longevos, como pode ser observado no seguinte comentário:

“eu moro aqui, um dos filhos mora aí na frente, esse que cuida de mim e me leva pra cima e pra baixo, ele trabalha aí mesmo, mas não sobra muito do que ele recebe sabe? Então os outros filhos ajudam, às vezes mandam dinheiro, eles se dividem. Cada mês um paga um medicamento, outro o convênio. Às vezes minha filha que mora longe manda uns remédios e umas vitaminas pra eu tomar. Mas eu pouco vejo os outros filhos, é mais nas férias sabe, eles trabalham também, né.” (L16)

Essa cultura familiar de cuidado se assemelha aos resultados encontrados por Flores (2008) em seu estudo etnográfico. A autora aponta a sustentação econômica e a ajuda financeira como relacionadas ao cuidado intergeracional com o idoso, no sentido de suprir as necessidades de alimentação e o acesso aos serviços de saúde. Ainda, relata que durante as observações participantes, percebeu que os

filhos que contribuem financeiramente não estão presentes (no sentido físico) na rotina diária dos idosos.

Alguns mais velhos necessitam complementar a renda com o seu próprio trabalho ou com o aluguel de cômodos ou casas. Além disso, os descontos que recebem na compra de medicamentos colaboram com o orçamento. Esses fatores se refletem em um suporte financeiro importante.

“É, eu com a minha idade tenho orgulho de dizer que ainda trabalho. Eu trabalho não só porque gosto, não. É porque a gente precisa, né. Como o salário é meio, é baixa renda, às vezes não chega pra viver, então tem que emendar e continuar trabalhando, ajudando a manter a vida. O dinheiro que entra já ajuda, por mais que tem dias que não entra muito. Eu vendo doce no carrinho, lá na frente do postinho, perto do ponto de táxi. Também aluguei o cômodo que construí pro meu filho, aqui na parte de cima de casa. É que meu filho não tem condição de morar sozinho, né, tem epilepsia, aí eu aluguei, assim ajuda a pagar as contas e comprar os remédios que tem que comprar.” (L1)

“Eu vendo lingerie aqui, essas que carrego na bolsa, vendo de porta em porta. Tenho que vender, né, senão não consigo pagar o aluguel! Acredita que nessa casinha eles me cobram 560 reais, menina?! Juro pra você! Se eu não trabalhar, aí vou ter que fazer sabe lá o que, de certo ir morar com a filha, mas eu gosto de ter o meu canto! E trabalhar também ajuda a gente a se manter de pé, forte!” (L8)

“Não liga a bagunça não! Eu estava separando os produtos que eu vendo, chegou hoje. Eu vendo produto de beleza assim, né, dessa marca aqui, você conhece? Tenho que vender, porque, Ave Maria, não dá jeito de ficar só com a aposentadoria não, minha filha!” (L7)

Durante as entrevistas, a filha de uma das longevas apontou que os descontos na aquisição de medicamentos auxiliam no orçamento familiar, pois não sobra muito da aposentadoria da mãe.

“Nós já fomos ao cardiologista do SUS na Santa Casa, porque ele queria de qualquer jeito colocar o marca passo nela. Daí a gente pediu encaminhamento e o outro doutor falou que não, que não era para colocar. Daí o doutor André deu um cartão Faz Bem, não sei se você conhece. Com esse cartão, a gente liga na farmácia que é cadastrada, daí tem o desconto. Porque não tem tudo o que precisa lá naquela farmácia popular do governo.” (Filha da L14)

De acordo com Flores (2008), a ajuda financeira colabora para melhorar a qualidade de vida dos idosos no que se refere ao acesso a medicamentos. Entretanto, alguns idosos mostram insegurança e incômodo em depender dos filhos,

prática que geralmente ocorre em relação aos filhos que não têm pessoas mais jovens sob sua responsabilidade.

O apoio familiar presente no último termo incluído nesse domínio cultural foi mencionado pelos longevos como importante suporte para o cuidado da saúde. Os mais velhos referiram a segurança que sentem quando os familiares ou cônjuges estão ao seu lado. Muitos não gostam de ficar sozinhos e valorizam a presença dos filhos e netos em seus domicílios.

“Eu adoro quando os filhos e os netos vêm visitar, ah!, que coisa boa! Eu mato um pouquinho da saudade, porque tem uns que só podem vir nas férias, vieram agora em janeiro e fevereiro, mas já voltaram. Tem aula, né, e eu falo que eles não podem faltar à escola. Eu não gosto muito de ficar sozinha não, a companhia deles do meu lado é muito melhor!” (L14)

“Como eu moro perto, eu sempre venho até a casa da mãe e do pai para saber como eles estão. Eu troco com a cuidadora e assim a gente reveza os cuidados. Moro há duas quadras daqui, então é um pulo, eu estou aqui! Passo de manhã, e depois na volta do meu serviço.” (Filha de L15)

O estudo de Flores (2008) com idosos e cuidadores familiares revelou que a presença dos filhos significou cuidado. Foram elementos desse cuidado: o estar disponível, dar remédios e controlar os horários de administração. Morar perto dos idosos também foi mencionado como fator significativo de cuidado, por tornar o cuidador mais disponível. Deslocar-se até onde está o idoso demonstrou cuidado e ficou subentendida a valorização do idoso pelas outras gerações.

O apoio foi evidenciado quando os filhos ajudam os mais velhos, quando os levam às consultas, fato já mencionado e discutido em taxonomia anterior. Outro aspecto relatado se refere ao auxílio que os longevos recebem quanto à limpeza e organização dos domicílios. Geralmente são as filhas que, periodicamente, comparecem à residência dos longevos para fazer a limpeza, e ainda ajudam os idosos a cuidar das esposas que se encontram em estado de dependência funcional.

“A cada 15 dias, mais ou menos, as filha vêm aqui dar uma mão, limpam a casa, dão uma ajuda, fazem uma comida, um almocinho. Elas ainda ajudam a cuidar da mãe, lavam o cabelo dela toda semana, ficam lá alisando, penteando, acho que ela gosta, e isso já me ajuda, porque homem não tem essas delicadezas todas.” (L1)

“Nossa, minha filha me ajuda muito porque ela cozinha e traz feijão pra mim, outras comidas também, alguma coisa de diferente que ela faz às vezes, mas o feijão é toda semana. Ela também corre comigo pra cima e pra baixo quando tenho as consultas, me leva na igreja, me traz os comprimidos, às vezes. Isso me ajuda bastante!” (L14)

A presença evidencia o convívio entre as pessoas e destaca o cuidado como uma necessidade humana essencial para todas as etapas de vida. É importante ressaltar que a prática do cuidado é transmitida dos mais velhos para os filhos e netos, de acordo com as suas características culturais e laços familiares estabelecidos durante a vida, sendo, portanto, esses aspectos que oferecem suporte para o cuidado da saúde dos idosos.

## 5.2 DOMÍNIO CULTURAL 2 – MANEIRAS DOS LONGEVOS CUIDAREM DA SUA SAÚDE

Os idosos mais velhos exemplificaram diferentes maneiras de cuidar da saúde, o que resultou neste domínio cultural com os seguintes termos incluídos: ajudar a memória; casa limpinha; ir ao posto de saúde; buscar aprendizado; comer bem; não ficar parado; participar e se divertir; e o jeitinho caseiro e religioso, conforme pode ser observado nos Quadros 6 e 7.

Termo incluído	Relação semântica	Termo coberto
Ajudar a memória Casa limpinha Ir ao posto de saúde Buscar aprendizado Comer bem Não ficar parado Participar e se divertir Jeitinho caseiro e religioso	é uma maneira dos	longevos cuidarem da sua saúde

QUADRO 6 – DOMÍNIO CULTURAL 2 – MANEIRAS DOS LONGEVOS CUIDAREM DA SUA SAÚDE.

Relação semântica meio-fim: X é uma maneira de Y.

Ajudar a memória	Fazer contas na mente Rememorar telefones e datas importantes Ler e cantar Fazer uma coisa de cada vez Utilizar quadro negro, anotações e calendários
------------------	---

Casa limpinha	<p>Frequentar oficina da memória</p> <p>Manter o ambiente arejado</p> <p>Conservar a casa arrumada</p> <p>Organizar e guardar os exames médicos</p>
Ir ao posto de saúde	<p>Marcar consultas médicas e dentista</p> <p>Buscar medicamentos</p> <p>Receber a vacina contra a gripe</p> <p>Controlar da pressão arterial e diabetes</p> <p>Realizar curativos</p>
Buscar aprendizado	<p>Buscar informações</p> <p>Ensinar e aprender com o outro</p> <p>Escrever, ler e estudar</p>
Comer bem	<p>Alimentos “sem veneno” e ingestão de leite</p> <p>“Feijãozinho”, carne branca, folhas verdes e frutas</p> <p>Diminuir a carne gorda, o sal e o açúcar</p> <p>Jeitinho de preparar e guardar os alimentos</p>
Não ficar parado	<p>Carregar compras</p> <p>Confeccionar artefatos (pano de prato, utilidades)</p> <p>Trabalhar (voluntário, na horta ou para manter a renda)</p> <p>Caminhar e fazer exercícios físicos</p>
Participar e se divertir	<p>O “cafezinho” e o “mate”: momentos de reunião</p> <p>Atividades e encontros familiares</p> <p>Ir à igreja</p> <p>Passeios e festas da UBS e dos grupos sociais</p> <p>Aliar-se ao vizinho</p> <p>Se distrair e viajar</p>
Jeitinho caseiro e religioso	<p>Ervas medicinais para chás, emplastos e escalda pé</p> <p>Não se expor a diferenças de temperatura do ambiente</p> <p>Frequentar a benzedeira</p> <p>Procurar pelo farmacêutico</p> <p>Usar a água “benzida”</p>

QUADRO 7 – TAXONOMIA CULTURAL 2 - MANEIRAS DOS LONGEVOS CUIDAREM DA SUA SAÚDE.

Os cuidados com a saúde dos mais idosos refletem, em parte, a interação constante entre o sistema popular e profissional de cuidados, proveniente do contato direto e contínuo de grupos de indivíduos representantes de culturas diferentes. São ações de cuidados alicerçadas em crenças e valores de modelos advindos das áreas profissionais, ou seja, dos profissionais de enfermagem da Unidade Básica de Saúde que eles frequentam. Outra parte dos cuidados revela a cultura de pertencimento familiar, que foi compartilhada por várias gerações, principalmente

aquela que é constituída pelos rituais de cuidado, as várias maneiras de se livrar das doenças e de manter a saúde.

Desse modo, para ajudar a memória, os longevos costumam fazer cálculos mentalmente, rememorar os números de telefone ou datas importantes, bem como ler e cantar, o que pode ser verificado nos seguintes depoimentos (por razões éticas, os números dos telefones foram omitidos).

“Para ter a memória boa, eu gosto de ler e também de fazer conta. Eu também provocho as pessoas, porque eu digo assim: ‘é tanto a idade, então reparte’, pra não ficar só de um peso assim, né? Porque agora então eu estou com 45 em cada ombro. Então, por exemplo, a minha neta fez agora 34, então é 17 em cada ombro. Isso é bom pra nossa cabeça. Os telefones eu sei por que está tudo escrito lá. Então às vezes eu penso ‘mas será que é esse mesmo?’. Como eu não enxergo muito bem, então eu vou lá e ligo, digo ‘vou tentar pra ver se é esse mesmo’. Eu tento e é, então tá bem. A minha sobrinha, o telefone dela é [...]. O meu irmão é [...]. A outra filha dele é [...]. Quer saber do meu filho? É 014 45 [...]. Tem mais um, [...]. O da casa é [...], a não, o final é 97! Quase esqueci!” (L14)

“Hoje com o meu trabalho, eu tenho que ficar fazendo as contas assim na mente, né. Vamos supor, você vem comprar uma pipoca, que custa 50 centavos, e me dá uma nota de dois reais, aí eu tenho que te devolver R\$1,50. Se você me der cinco, tenho que devolver R\$4,50. Esse é fácil, né [risos], mas é assim que a gente vai ajudando a memória a trabalhar. Eu também fico lembrando das datas e dos anos de nascimento, sabe, por exemplo, meu pai morreu quando eu tinha sete anos, e eu sou de 1928, então meu pai morreu em 1935. Nós éramos em três irmãos e duas irmãs. Meu irmão mais velho é de 1925, o outro mais novo é de 1931. Das minhas irmãs, a mais velha nasceu em 1916 e a outra em 1922, se não me falha a memória.” (L1)

“Eu sou de 09 do seis de 1931. Eu casei no dia 24 do quatro de 1947, e enviuvei dia 6 de janeiro de 59, quando o carro explodiu com meu falecido dentro. Mas eu não sou uma pessoa amarga não, sabe? Tinha minhas filhas, essa aqui nasceu dia 12 de junho de 55, e a mais nova no dia 03 de fevereiro de 57. Até hoje eu me lembro de todas as datas de aniversário! Dos netos que eu às vezes misturo um pouco, mas eu lembro os meses, assim eu sei que nem, nesse mês de junho, tem o Marcelo que faz aniversário, 23 anos, tá enorme! Eu também gosto de cantar, lembro todas as letras das músicas preferidas, as de antigamente, sabe? Ajuda a memória da gente.” (L9)

A arte de cantar é algo que os mais velhos faziam desde crianças, nas festas e nos momentos em que a família estava reunida, prática que perdurou por décadas. Algumas longevas ressaltaram que brincavam e cantavam cantigas de roda, aos domingos, enquanto seus pais conversavam sob as árvores. Do mesmo modo, longevos referiram fazer contas no chão de terra utilizando gravetos, enquanto aprendiam os primeiros cálculos aritméticos.

Outro aspecto apontado pelos idosos se refere à consciência de realizar uma atividade de cada vez, como uma maneira de não esquecer as coisas. Isso se reflete até mesmo nas conversas, as quais devem focalizar um único assunto, como foi expresso pelo longevo.

“Na estrada é ruim de conversar, o bom é sentar pra conversar, que daí não foge a memória. Tinha um amigo meu, o povo do interior dizia que chupavam cana, mordida no dente e engolia a garapa na boca, então se tivesse chupando cana não podia assoviar. Ou vem um assunto ou vem outro. Tem que falar uma coisa de cada vez, eu aprendi assim, e assim eu levo as coisas, uma coisa de cada vez.” (L1)

Neste plano, para Mauss (1974, p.3), “o nível social e o nível psíquico estão absolutamente integrados, pois é no social que se compreende a natureza do individual e suas variações. Nesse sentido, é necessário sempre lembrar que a experiência individual é permeada pelas concepções de sociedade local em um dado contexto histórico”.

Os mais velhos também apontaram outros mecanismos de auxílio à memória, os quais foram observados durante as visitas domiciliares, como um quadro negro para o registro das consultas médicas, fixado à parede da cozinha. Outra maneira de auxiliar a memória está nas anotações feitas em folhas de papel, presas à geladeira por meio de ímãs, bem como os folhetos de calendário do ano corrente, no qual os idosos escrevem suas observações, como datas de aniversário.

Eu preguei esse quadro aí pra anotar os dias da consulta, inclusive essa aí já passou, tenho que apagar. Aqui eu deixo o giz pra escrever, tem um punhado aí ó. Assim é bom, porque ajuda a lembrar, né, vai que eu esqueço da consulta, depois vai dar trabalho remarcar, leva muito tempo às vezes.” (L1)

“Tá aqui ó, anotadinho no papel o dia que vocês iam voltar pra visitar. Eu deixei preso na geladeira aqui, pra mode não esquecer. Deixo aí com ímã porque na geladeira, a gente mexe todo dia, aí não esquece!” (L16)

“Ah! Eu gosto de calendário, tenho um monte deles espalhados pela casa, veja! Mas é só nesse aqui que eu anoto as coisas, assim, que são importantes. Aqui, por exemplo, me lembra que dia 08 de agosto é aniversário do meu neto, o João, filho da Mara. E assim por diante, a família é grande pra lembrar tudo, é difícil, né, a gente vai alcançando a idade, vai esquecendo das coisas parece... então anoto tudo aí que me ajuda!” (L2)

Para os longevos, a maioria das atividades que extrapolam o cotidiano familiar é considerada um evento importante, em especial os aniversários dos familiares e ou amigos, que devem ser sempre lembrados e preferencialmente comemorados. A consulta médica é acontecimento da vida corrente, embora preceda a qualquer outro compromisso e motive alguns preparos durante os dias que antecedem a ela.

Além dos exercícios mencionados, para não esquecer datas comemorativas e compromissos significativos, alguns mais idosos frequentam cursos que desenvolvem técnicas de memorização. A participante mais velha do estudo mencionou que frequenta uma oficina da memória, ofertada pela sua igreja no centro da cidade, todas as quartas-feiras de manhã.

“É, eu participo da oficina da memória para os idosos, lá na minha igreja. Quarta-feira começa lá o trabalho dos idosos, vai 80, 100, 120, até mais de 120 às vezes, então é aquela velharada [risos]. Lá tem dança, tem um bando de atividade lá a respeito de memória que tem que fazer, mas tem uma que eu não faço nem que o diabo berra, aqueles negocinho cortadinho assim, de caracolzinho e tem que encaixar um no outro, o quebra-cabeça, pra gente fazer um desenho lá que esta na caixa, eu não faço aquilo nem que... . Às vezes junta 4 ou 5 senhoras ali na mesma mesa, mas sempre são umas 20 mesas. Então ali a gente trabalha. E temos o advogado, temos o dentista, lá participando também, tudo velho. Então quando a coisa apura muito pro meu lado, eu vou lá com o doutor, assim, e pá, pá, pá. Ele diz: ‘não, não, não esquentar não, pode ficar quieta que eu vejo isso aí’. Eles ajudam, mesmo não estando no consultório deles. Mas voltando ao quebra-cabeça, não sei, não me cabe na cabeça aquilo de eu encastalar um negocinho no outro ali, e fazer uma figura. Não, não vai. Eu até tenho as pecinhas aí, mas eu não puxo o saquinho pra montar não. Mas eu faço palavra-cruzada. Tem coisas que eu faço tudo, mas tem coisa que ‘isso daí eu já sei que não gosto’. Acho que isso tudo é um bom exercício pra memória. E as irmãs da igreja, a gente se dá bem e tudo. Elas dizem ‘eu não sei como que você sobe ônibus, eu já gemo pra subir’, eu disse ‘eu não gemo não, viu’. Eu subo no ônibus e assim eu vou vivendo!” (L8)

Outra longeva participa de atividades da terceira idade na igreja do bairro, mencionando jogos que ajudam a sua memória:

“quando não tem outra coisa, joga dominó, que é uma coisa muito boa. Que esses dias eu vi numa folha do Sagrado Coração de Jesus, que eu queria mostrar para o [nome do cônjuge]. O que são as coisas pra mente da gente, né? Jogar dominó, jogar isso, jogar aquilo é muito bom pra mente. Eu vou lá nas quartas-feiras. Das duas horas até as cinco, por aí.” (L19)

Esses encontros com o intuito de desenvolver exercícios cognitivos são ações que vão muito além dos aspectos fisiológicos. São processos de socialização, de



trocas de cuidados entre o setor profissional e tradicional (familiar) num amplo processo interativo, que opera no setor familiar segundo um conjunto de crenças sobre a melhor maneira de cuidar da saúde. De acordo com Leininger (1985a), o sistema popular de cuidados se refere ao sistema não profissional, local ou indígena, que presta serviços de cuidado ou cura tradicionais em casa, ao passo que o sistema profissional se refere aos serviços e cuidados organizados e interdependentes, oferecidos por profissionais de saúde.

A “casa limpinha” foi outro termo incluído no domínio cultural, que ressalta a preocupação dos mais velhos e dos seus filhos com o ambiente domiciliar, o qual deve favorecer a saúde dos idosos. Embora a cidade de Curitiba apresente baixas temperaturas no inverno, os participantes reconhecem a importância de manter o ambiente arejado, por meio das janelas abertas. Essa é uma prática de cuidado que remonta à antiguidade para afastar as doenças manifestadas por um “ar impuro”.

“Tá friozinho, né, mas eu sempre deixo as janelas abertas, me cubro bem de roupa quente, meia de lã, mas tem que deixar o ar entrar! Ainda mais que teve essa tal gripe suína aí, eu toda vida cuidei, mas agora cuido mais ainda!” (L6)

Do mesmo modo, essa prática está sendo estimulada, recentemente, pelos profissionais de saúde da UBS para a prevenção contra o vírus da gripe A. As práticas de saúde dos mais idosos são cada vez mais complexas, na medida em que envolvem uma gama de opções de estímulos e orientações profissionais e também de não profissionais recebidos em seus itinerários terapêuticos. Segundo Helman (2003), existe uma pluralidade de serviços de saúde, nos quais existem muitas pessoas que oferecem ao paciente um modo próprio de explicar, de diagnosticar e de tratar os problemas de saúde.

A organização da casa também esteve relacionada ao bem-estar dos mais velhos em viver em um ambiente limpo e arrumado. Além disso, os participantes ressaltaram a importância de guardar os exames médicos em local específico, de modo que facilite a sua procura nos dias de consulta agendada. Para Leininger e McFarland (2006, p.15), o contexto ambiental se refere à totalidade de um evento, situação ou experiência particular que oferece significado às expressões, interpretações e interações sociais das pessoas, dentro de um espaço particular

com fatores geofísico, ecológico, espiritual, sociopolítico e tecnológico, em uma configuração de uma cultura específica.

“Ah, isso eu gosto, hein! Deixar a casa sempre organizada, limpinha, nada de cacareco espalhado pelo chão, Deus o livre se a gente tropeça e cai, é pior ainda! Ainda que os neto aqui não larguem brinquedo, o duro é quando a gente vai visitar a casa dos filhos que tem brinquedo espalhado no chão. Aquilo é um perigo, menina! A Dona Josefa [nome fictício] caiu assim, tá lá agora, faz mais de mês que não sai da cama! Eu nessa idade, se cair, babau! Sem falar que a gente se sente bem numa casa arrumadinha, né?! Quem que não gosta, me diz! A minha tá sempre encerada, mas eu não uso cera que escorrega não! É só pra ficar cheirosa a casa.” (L4)

“Podem dizer o que quiserem, mas eu cuido muito da minha casa, não gosto de casa bagunçada não! E eu tenho que cuidar, né, o meu marido já tem dificuldade pra andar, como que eu vou deixar coisa bagunçada pela casa, não dá! Ainda ele enxerga bem, mas tem muito velho assim que já não enxerga, né! O pessoal do posto também reforça que tem que cuidar, por mais que ele use a bengala, tem que cuidar! A bengala não é garantia que ele não vai cair, né! E eu gosto sempre de guardar os exames dele tudo nessa gaveta aqui, assim fica fácil de juntar pra levar no dia que tem consulta.” (Cônjuge de L11)

Os mais idosos adquiriram o costume de frequentar o atendimento da UBS, pois é nesse local que são fornecidos os medicamentos necessários ao controle das doenças, bem como feitas as consultas médicas. Geralmente, a procura pelas consultas odontológicas tem como intuito fazer extração dentária. A maioria dos longevos não adquiriu o hábito de cuidar dos dentes, já que os cuidados à saúde bucal ao longo de suas vidas eram inacessíveis por várias razões, a citar: durante a infância e idade adulta dos mais idosos, os profissionais odontólogos eram raros, a maioria deles atuava em cidades maiores e distantes, e mais, em cidades menores eram considerados práticos, que apenas faziam a extração dentária, os “tira-dentes”.

“Os meus dentes que eu extraí, eu só paguei em 1986 dois dentes pra extrair, que foi lá no centro da cidade. O resto é tudo pelo posto de saúde. Agora esse ano eu extraí um ali. Extraí o primeiro, daí continuou a atrapalhar, aí extraí o outro. Tem que tirar mais um dente, mas tudo tá aqui pelo posto de saúde. A gente também toma essa vacina contra a gripe para os idosos no posto, todo ano a gente toma isso aí. Esse é o meu tratamento, assim, não depende de estar consultando médico, fazendo tratamento médico, só quando tem precisão mesmo!” (L1)

“Vou fazendo minhas consultas pelo posto, que eu também vou ao posto, né? Com a doutora Juliana [nome fictício] e agora outro dia foi com outra médica. É mais para consultar por causa do coração e também pra ver a pressão, né, que eu controlo lá. Aí aproveita pra ver também o açúcar no

sangue, que é o tal do diabetes, mas esse eu não tenho não, deu alto uma vez ou outra só, mas meu problema maior é a pressão mesmo!” (L14)

“Quando eu preciso de uma consulta, eu vou ao posto, eu não tenho convênio, eu não pago, é muito caro, né. Eu não posso me queixar do posto de saúde, eles me consultam, dão o remédio da pressão, que é diurético, né? Eles também olham minha pressão, e está sempre boa!” (L4)

“Que ali no posto a gente não tem o que falar deles, né? Porque cada um tem o seu trabalho. Daí, volta e meia vai ali, faz a consulta, e dá remédio quando for preciso.” (L2)

O controle da pressão arterial e da glicemia se deve ao Programa Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, aprovado pela Portaria/GM nº 16, de 03/01/2002, que estabelece a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2002a).

O HIPERDIA, um sistema de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, ocorre em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, o que gera informações aos gestores das esferas municipal, estadual e federal, bem como ao Ministério da Saúde. Ainda, de acordo com o artigo 2º da portaria nº 371/GM de 2002, um dos objetivos do programa é ofertar de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos para hipertensão e diabetes, definidos e propostos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b). A entrega dos medicamentos prescritos representa um auxílio importante para os idosos devido à redução de custos com a medicação.

Os mais velhos também são levados à UBS para fazer curativos, como pode ser observado no discurso da filha de uma longeva participante.

“Essa daí também, uma vez que eu tive que levar ela lá no posto de saúde. A enfermeira que teve que fazer curativo, e ela disse ‘mas como é que a senhora fez isso?’. Ela tirou a pele da mão, assim, no canto da mão. Ela foi levar a caixa de leite, não tinha quem levasse, daí não aguentou. Se firmou assim na coisa, uma quina, não sei, e arrancou a pele da mão. Eu vi aquela mão cheia de sangue e perguntei ‘mas o que você fez na mão?’, disse ‘nada’. Eu lá da janela vim até aqui, e a mão dela pingando sangue! Corri para o posto!” (Filha de L14)

Buscar aprendizado foi outro termo incluído no domínio cultural, no sentido de procurar conhecimento para melhor cuidar da saúde. Os mais velhos procuram

informações com as enfermeiras e as Agentes Comunitárias de Saúde sobre vacinas da gripe, medicação, consultas, costume adquirido recentemente, por intermédio das filhas, por levar os idosos à UBS. Uma longeva relatou realizar a leitura de livros da área da saúde, e essa participante se destacou por possuir tanto o vocabulário popular quanto o científico.

“Você sabe que fui descobrir esse trabalho das agentes comunitárias com a minha filha, né, ela que me leva no posto e daí a gente fica sabendo. Aí eu conversei com as enfermeiras, e com as agentes, é bom, porque eu aproveito pra tirar dúvida com elas, pergunto dos dias pra tomar a vacina da gripe para os idosos, se já chegou medicação. Elas também trazem os agendamentos das consultas, né? Antes a gente só se cuidava como dava, com remédios caseiros, não que não use mais os remédios caseiros, mas agora a gente busca mais informação, com quem tem mais estudo que nós. Eu também tenho uns livros de medicina que emprestei do japonês, meu genro, ele não tinha mais lugar para guardar na casa dele, então eu leio os livros dele. Tem aquele ‘Medicina de A a Z’, muito bom! Traz uns sucos bom pra tal e tal doença, e agora a gente faz pra minha nora, suco de vagem, bom pra baixar o diabetes, a hipertensão! Precisa de ver!” (L4)

Ensinar e aprender com os outros foi elucidado pelos mais velhos como uma maneira de buscar aprendizado, o que deve ser feito no decorrer da vida, não apenas na velhice. Esse aspecto foi ressaltado no seguinte discurso:

“o primeiro estudo que eu fiz eu não sabia a perna do ‘a’, eu estava com 12 anos de idade já, 12 anos, já era grandinho e não sabia nada. Daí depois com 14, 15 anos que eu paguei uma escola particular lá. Era época do mil réis, eu pagava mil réis por mês pra essa professora particular. Daí eu estudei quatro meses, aprendi a fazer umas continhas, somar e diminuir, comecei por ali. Daí terminaram os quatro meses e não estudei mais, sem estudo, só trabalhando e estudando assim, aprendendo com o outro. Às vezes eu passava na frente de um professor que estava lecionando, era hora do recreio, eu passava às vezes vinha pra cidade, eu parava, tinha um tempo, fazia perguntas para aquele professor. Às vezes escrevia no chão, fazer uma conta no chão, aprendi com ele assim, no mesmo movimento do próprio mundo.” (L1)

A maioria dos mais idosos do presente estudo tem a consciência ingênua (predominantemente um fenômeno urbano), que emerge da consciência mágica preponderantemente rural, da qual eles têm origem. Segundo Oliveira (1985, p. 113),

a passagem do nível da consciência mágica para o da consciência ingênua ocorre quando o homem amplia a sua habilidade de captura e responde às questões que surgem de seu meio ambiente (urbano) e de entrar em relações de diálogo com os outros e com o mundo. Ele se torna um ser

permeável e aberto à compreensão das circunstâncias históricas; ele começa a despertar para os seus problemas existenciais e também a perceber que ele é um 'ser-no-mundo' e 'com-o-mundo'.

Para Oliveira (1985), da consciência ingênua o homem pode evoluir para a consciência crítica, para tanto é preciso iniciar o processo de tomar posse de sua palavra, de reivindicar seus direitos e de conscientizar-se que existir é criar, comunicar, decidir, produzir, transformar. Essa transformação como um ser participativo é um dever de todo cidadão e do Estado, e para se concretizar tem como pano de fundo ter melhor nível de educação escolar.

Outro termo incluído no domínio cultural esteve relacionado ao “comer bem”. A comida é considerada pelos mais idosos como algo sagrado, portanto, têm a crença que deve ser pura, natural. Para Da Matta (1986), toda substância nutritiva é alimento, mas nem todo alimento é comida. A afirmação de Da Matta, segundo Braga (2004), remete ao aspecto cultural da alimentação e, por conseguinte, àquilo que a transforma em comida. Com base na diferenciação estabelecida pelo autor entre alimento e comida, é possível verificar o papel da cultura na alimentação:

alimento é algo universal e geral. Algo que diz respeito a todos os seres humanos: amigos ou inimigos, gente de perto e de longe, da rua ou de casa, do céu e da terra. Mas a comida é algo que define um domínio e põe as coisas em foco. Assim, a comida é correspondente ao famoso e antigo “de-comer”, expressão equivalente a refeição, como de resto é a palavra comida. Por outro lado, comida se refere a algo costumeiro e sadio, alguma coisa que ajuda a estabelecer uma identidade, definindo, por isso mesmo, um grupo, classe ou pessoa (DA MATTA, 1986, p. 22).

“Naquele tempo, nós tivemos sarampo, catapora, coqueluche, era uma época sadia. Ninguém falava de diabetes, pressão alta, colesterol, todo mundo comia carne de porco, galinha, tomava leite de cabra, eu ainda tenho um monte de primos ainda vivos. Agora hoje as crianças já nascem doentes, a medicina evoluiu muito, mas lá no passado a criança nascia de parteira, nem precisava médico, o parto era normal, nunca tinha se visto falar em cortar a barriga da mulher para ter bebê, e hoje é tudo de cesárea. Antigamente a medicina era mais atrasada, mas as pessoas eram mais saudáveis, e hoje a medicina avançou muito, mas as pessoas não... não sei se foi a alimentação. Naquele tempo, a gente comia carne de porco e galinha que criávamos em casa, hoje o boi quando é garoto ele já ganha hormônio, então as carnes são todas contaminadas. Naquela minha época, a gente não comia carne de vaca, no fim do ano a gente comia leitão assado, aqueles frangos que a minha mãe criava com resto de comida e verdura, era uma carne deliciosa, hoje a carne de frango não tem sabor. O povo daquele tempo tinha mais saúde do que hoje.” (L4)

Os mais idosos ressaltaram a importância de ingerir alimentos cultivados por eles próprios em suas hortas, pois desse modo têm a garantia de que não foram utilizados agrotóxicos, ou seja, “veneno”. Essa prática pode ser observada nos domicílios em que os mais velhos têm hortas com verduras, frutos ou ainda árvores frutíferas, como foi mencionado nas entrevistas:

“agora qualquer coisa que se planta, já tá envenenado para poder crescer. A terra tá envenenada. Quando a gente colhia algodão, já passavam veneno no algodão, para eles abrirem a maçã e não dar sujeira. Mas a gente sentia o cheiro daquele veneno e não tinha perigo, sabe? Mas agora não, agora a gente chega à lavoura e sente o cheiro do veneno! Eu acho que é isso, né? Então a comida já vem envenenada. Aqui em casa a gente se alimenta bem, graças a Deus. Eu cozinho meu feijãozinho. É, essas frutas de hoje a gente come, né? Mas tem que lavar bem lavadinho e descascar. Eu não sou capaz de comer, assim, a maçã com casca. Tem que descascar pra comer, que é o costume. Por isso eu gosto de ter a minha hortinha, eu planto, sei que não tem veneno, né! Nossa, durante quantos anos minha família teve horta, trabalhamos na lavoura, e essas coisas a gente leva pra vida.” (L2)

“as verduras, isso eu não compro no supermercado. Eu como os que eu planto! Por isso eu tenho a hortinha lá nos fundos, não tem veneno não! Eu adubo ela com coisa natural assim, o que sobra das frutas, a casca e o bagaço, tudo natural.” (L12)

“olha, eu acho que aquela comida que a gente plantava era mais saudável do que essa que a gente come hoje. Toda vida. Ah, porque não tinha esse veneno que eles passam hoje em dia em tudo, né? Ali era tudo natural mesmo, era saúde! Era muito bom, viu!” (L17)

“e a comida era tudo saudável, que hoje em dia tem muito tóxico, tem muito veneno nessas comidas, né? Isso que derruba a pessoa.” (L10)

Em uma comunidade rural no município de Maquiné – RS, foi desenvolvido um estudo etnográfico, que teve como objetivo identificar mudanças na alimentação de pequenos agricultores tradicionais, incluindo os sentidos e significados atribuídos aos alimentos produzidos e consumidos. Os participantes da pesquisa revelaram a importância de alguns cuidados com o local onde plantam - a horta. Afirmaram que entre as preocupações está o não uso de agrotóxicos, “nada de químico”, e utilizam adubos caseiros como cascas da cozinha e ciscos que varrem do quintal, bem como esterco de gado para “engordar a terra com coisas naturais” (RAMOS, 2007, p.73).

Uma das mais velhas ressaltou ainda que durante toda a sua vida consumiu leite tirado direto da vaca. Essa prática teve início quando criança, quando acompanhava seu avô na chácara para beber o leite “fresquinho”. Esse hábito é

lembrado com carinho pela longeva, que considera o costume responsável por ainda ter “alguns dentes”.

“Era tudo assim, saudável. E daí quando eu era pequena o meu avô me dizia assim ‘vamos!’ Levantava cedinho! E como eu sabia que levantava cedo, sabe como é criança, né? Às vezes eu penso assim: ‘mas como eu era esquisita, de correr atrás dele assim’. Ele ia tirar leite, porque depois a minha tia com a minha outra tia saíam vender o leite na cidade, né? E então eu levantava atrás dele e ele dizia: ‘pega a caneca’. Daí eu pegava a canequinha, eu não sei que tamanho que eu era, eu sei que eu pegava a canequinha. E daí ele levava um balde com água e outro limpo. Chegava lá e lavava a teta da vaca, e daí pegava o leite e assim, um pouco no balde, e depois dizia ‘me dá a caneca’. Mas eu dava a caneca pra ele e ele também, punha na caneca, mas punha também no meu rosto [risos]. E fazia assim, né? Daí ele dizia ‘agora vá lá dormir com a tua avó de volta, não me fica aqui!’. Daí eu ia [...] Acho que eu ainda tenho alguns dentes fortes por causa disso, porque leite é bom para os ossos e dentes, minha mãe sempre falava. Hoje é tudo muito industrializado, as crianças comem muito mal, não é como antigamente, né?” (L14)

De acordo com Ramos (2007), na zona rural era comum a criação de vacas de leite, e a quantidade de leite produzido, frequentemente maior que a consumida, permitia às mulheres vender e ainda conservar o excedente para fazer queijo, entre outros derivados.

Embora nos dias atuais o consumo do leite ainda esteja arraigado, pois é adicionado à mistura do café-com-leite, nos doces, na massa para fazer bolos e pães, a autora ressalta o uso do leite “de caixinha”. Uma senhora entrevistada pela pesquisadora apontou que o leite de vaca é bom para fazer coalhada, e que ela “é boa para os intestinos e fortalece a saúde”. No entanto, ela referiu que não adianta fazer com o leite industrializado, pois “esse leite apodrece sem azedar” (RAMOS, 2007, p.87).

O consumo do “feijãozinho” e o arroz foram mencionados pela maioria dos mais idosos como parte da rotina alimentar, nas refeições de maior importância, como o almoço e o jantar. Essa prática alimentar foi adquirida desde criança, no âmbito familiar dos mais velhos, como pode ser observado no decorrer dos discursos a seguir:

“o que eu janto? O meu forte de comida [...] o forte da comida mesmo é o feijão e o arroz, e um pedacinho de carne. Ou uma abobrinha cozida ou uma saladinha com alguma coisa assim, um tomate, até hoje é assim. Agora, eu como pouco. Tem vezes que eu só pego uma sopinha de feijão, tem vezes que eu não quero a carne, às vezes, nem o arroz. Às vezes, eu pego um pedacinho de carne, assim, e como um pouquinho mais. O forte

mesmo é o feijãozinho, o caldo de feijão. Primeiro, quando eu era mais forte, fazia um viradinho de feijão, fritava um ovo, pedacinho de carne. Agora é mais a sopinha, o caldinho de feijão, pra mim não tem hora ruim! Também é o que dá certo de fazer. Eu prefiro mais o feijão de cor. Aqui agora tem muito o feijão preto, mas eu prefiro mais o de cor, esse, o [...] carioquinha, o zebrinha. O feijão preto eu como, mas prefiro mais o de cor. E isso é desde criança. Então não é certo, pra mim não tem modelo de alimentação, o estômago acostumou assim! [risos] Se sai um virado de feijão com ovo frito, eu mato a fome com aquilo, e tá louco de bom!” (L1)

“Não, a gente se alimenta bem, graças a Deus. Não como comida com veneno, só da minha hortinha, e eu cozinho, faço meu feijãozinho.” (L2)

“Eu como de tudo, é arroz, é feijão, é verdura, é a carne, frutas, eu não faço dieta não, eu como de tudo, eu como bem.” (L4)

“Ah, nossa comida é essa, é arroz, feijão. A gente vira a vida, faz macarrão, faz uma coisa, faz outra, mas a gente sempre volta no arroz e feijão. É a comida sagrada que a gente tem, né?” (L3)

“Ah, a gente come comida de pobre, arroz e feijão [risos]. Salada todo o dia tem.” (L10)

No Brasil, o arroz e o feijão são traços de nossa identidade nacional, pois são consumidos diariamente, de norte a sul do país, por milhões de brasileiros. No plano regional, há alimentos que funcionam como demarcadores identitários regionais, ou seja, pratos que estão associados à região de origem: o churrasco gaúcho, o vatapá e o acarajé baianos, o pão de queijo mineiro, entre outros (MENASCHE; MACIEL, 2003).

Durante uma das entrevistas etnográficas realizada com agricultores da zona rural do Rio Grande do Sul, uma senhora mencionou entusiasmada que estava vivendo na cidade em que sua avó nasceu e morreu. Disse então que a avó “morreu com 105 anos, vivendo até lá com força e saúde, comendo feijão com ovo frito de manhã, pirão de feijão de noite e fumando cigarro de palha” (RAMOS, 2007, p.80).

Os longevos do presente estudo alegam que “comem bem”, é uma alimentação rica em amido, cereais e carboidratos, e também citam maior consumo de carne branca (ave e peixe). O preparo ocorre de diferentes maneiras, entre elas, a carne com molho, cozida, assada ou frita. Ainda, ingerem folhas verdes, como a couve e o espinafre, bem como variados tipos de frutas, como pode ser observado nos seguintes relatos:



“eu me criei muito com chicória e polenta. A minha comida era só polenta e chicória, quando eu era piazão. Que eu trabalhei muito com italiano, né? Eles comiam muita polenta. Eu já como de tudo. Me criei até com troço do mato, do campo, chicória, salsinha. Eu pegava aqueles maços de salsinha e só lavava e [...], com polenta mesmo. E até os dias de hoje eu não enjoei de polenta, que tem gente que enjoa, né? Essa daqui [apontou para a neta] não é muito chegada em polenta. Eu como de tudo, como carne. A mulher às vezes faz cozida, às vezes refogada, ou numa chapinha que tem ali. Bife em cima da chapa, tipo grelhado. A mulher faz mais carne branca, porque a gente gosta muito de carne branca. A gente come também muito peixe. Domingo talvez, não sei, eu acho que eu vou no rio em Morretes, mas eu gosto de ir no pesque-pague, às vezes, sabe por quê? É aqueles peixes que o médico receita pra gente comer, tilápia. Eu pesco, a mulher faz assado pra gente comer, ou ensopadinho, uma beleza, menina! Às vezes, fazemos ela frita. Menina do céu, eu pego cada tilápia! E frita inteira a bichona assim ó. Mas é gostoso!” (L10)

“eu não faço almoço todo o dia não. Para mim, eu sempre faço uma quantia de arroz e coloco no freezer. Deixo um tanto pra mim e um pouco eu vou pondo nos potes. Feijão também, daí eu cozinho de 15 em 15 dias. Eu como arroz, feijão, carne de galinha, uma verdurinha. É isso aí. Como a carne de galinha porque eles mandam comer mais carne branca, né? Eles dali do posto de saúde. Eu faço mais ela assada. E durante a vida toda acho que sempre foi assim mesmo. Que a comida de todo mundo é uma carne, arroz, feijão, verdura. É a comida comum de todo mundo. Eles mandam comer mais peixe e carne branca, que é carne de galinha. De vez em quando eu como peixe, não é difícil de encontrar, sabe? Cebolinha, espinafre. Os médicos mandam a gente comer muito espinafre. Couve, que faz bem pra saúde. Então é o que eu como.” (L12)

“como bem, como fruta, o que eu menos como é carne, sabe? Carne sim eu como muito pouco, agora fruta cada hora estou comendo uma, é uma laranja, é uma banana, porque que eu gosto, né? Laranja, banana, faço vitamina, e vou levando a vida assim, né? Até não sei quando, se Deus quiser [risos]. E assim, antes do almoço, às vezes eu estou com fome porque eu não como bastante de manhã, então eu como uma fruta, né? Às vezes chupo uma feta [fatia] de manga, uma banana.” (L2)

“quando eu morava lá em Minas, tinha bastante fruta, nós vivíamos no meio das frutas, comendo fruta. Pé de manga, laranja, maçã. Tudo que era fruta nós comia. E tinha bastante vaca de leite. E no pasto que a gente tinha lá era pura goiaba, só pé de goiaba que tinha. E eu ainda como muita fruta, nossa, e como! Mamão, manga, maçã, uva, carambola, laranja, goiaba, pêssego, melão, banana não pode faltar! Essa eu como de manhã. Na hora do café, em vez de comer pão com alguma coisa, eu como fruta. E à tarde também eu como. Quer saber quanto? Primeiro eu como banana, depois uma carambola e uma maçã. Depois um caqui, que é esse que eu estava comendo agora. E chupo uma laranja. Todo dia uma laranja é sagrada. Como umas cinco ou seis frutas por dia.” (L9)

A polenta na zona rural “era quase que sagrada”, ingerida nas principais refeições, geralmente acompanhada da carne de porco ou de frango. Esse hábito ocorria possivelmente pelo baixo custo da polenta, ao considerar que a farinha de milho era encontrada com facilidade e em abundância (RAMOS, 2007, p.78).

A maioria dos mais idosos tem atualmente uma alimentação regrada, com menor ingestão de carne gordurosa, bem como de sal e açúcar. Algumas longevas mencionaram também o pão integral e o leite semidesnatado. Essas modificações na alimentação ocorreram nas últimas etapas do ciclo de vida, em virtude de patologias adquiridas, como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Como são usuários da UBS, muitos deles já assimilaram as orientações dos profissionais, ou seja, já sofreram o processo de aculturação de algumas práticas alimentares, consideradas saudáveis pelos profissionais da unidade de saúde.

“Eu gosto de verdura e faço direto! Daí toda segunda-feira eu faço uma sopa pra janta, que dá pra semana inteira. Eu faço assim: cenoura, batata, repolho e, essa semana, eu coloquei abobrinha. E daí só um pouquinho de sal porque os médicos falam da pressão alta, né, então eu corto um pouco de cebola assim junto, e aquela sopa fica bem gostosa. Porque eu não jantava, só comia pão e café de noite. Então minha filha me disse que como eu não estava muito bem, ela iria me fazer uma sopa! Então falei pra ela: ‘ah, mas isso eu posso fazer, descascar verdura e tudo mais’. Então minha filha compra sempre a verdura pra mim, tudo, e também a carne. Não adianta eu ir junto, que eu não enxergo direito, como é que eu vou? Então eu faço a sopa na segunda, e coloco só um pouquinho pra esquentar, né? Tenho sopa para a semana inteira!” (L14).

“E a comida, o que é bom a gente come, e não extrapola demais. Eu não sou capaz de pegar carne gorda e comer assim, e extrapolar, isso não, né? A carne de vaca, eu mesmo gosto muito, mas quando tem a gordura é um pedacinho só. Eles lá no posto me falaram que não é bom comer carne gordurosa, senão é capaz de entupir as veias e a gente nessas idade tem que cuidar mais.” (L2)

“Eu tomo os yakult e iogurte, eu não fico sem yakult. O iogurte a gente cortou um pouco agora, que eu estava com o colesterol alto, né Ana? [nome fictício, nora da longeva] Agora a minha nora compra só aquele light. Batavico eu gosto, aquele coisinha de criança. Pão, só pão integral agora. Cortei açúcar, estou só no café com adoçante. É porque o colesterol estava alto. Eu estou com 90 dias de castigo sem açúcar e tudo, só no adoçante. Tomo pouquinho café, de manhã e à tarde só. De manhã é café com leite. À tarde é café puro. Uso leite semidesnatado também, por causa do colesterol cortei muita coisa.” (L9)

Embora a maioria mencione ter práticas alimentares saudáveis porque diminuíram a ingestão da carne gordurosa, do sal e do açúcar, alguns também reconheceram que, frequentemente, optam por práticas divergentes daquelas orientadas pelos profissionais de saúde, entre elas as frituras no óleo ou na banha.

“Olha, a minha alimentação os médicos me proibiram quase tudo, mas eu como quase de tudo. Eu como macarrão, eu como pão, eu como doce, e tudo isso daí é proibido. O que eles proibiram e que eu não como mesmo é a carne gorda. Acho que é a única coisa. Peixe, alguma vez. Ovos também, volte e meia, omelete, um ovo estalado na banha. Olha, eu sei que sou proibido de comer, mas eu como linguiça frita, ovo frito. Tudo frito no óleo. Que ovos são gostosos, mas se cozinhar ele e comer feito salada, ele não faz tanto mal, né? Agora omelete e a fritura é o que mais guarda gordura. O tal bolinho de chuva, aquilo guarda uma gordura. Mas como é bom! Na hora você não pensa se vai dar derrame.” (L15)

“Eu sei que os médicos mandam comer carne branca, que é mais saudável, mas a carne de frango eu não gosto. Carne de frango é uma carne muito doente. É uma carne sem graça, sabe? Eu gosto de carne de vaca mesmo.” (L2)

“Eu almoço bem. Carne, verdura, arroz, feijão, macarrão, batatinha. Sabe o que eu gosto? Eu faço batatinha, frito quatro ou dois ovos, faço omelete e como tudo, é gostoso!” (L5)

Quanto ao preparo dos alimentos, embora tenha sido observado o fogão a lenha em muitos domicílios, é predominante a utilização do fogão a gás para cozinhar, e em panelas e formas de alumínio. Foi possível identificar domicílios em que as longevas mantêm suas panelas (expostas) e bules “brilhando”, penduradas pelos cabos na cozinha, todas muito bem areadas.

Para Ramos (2007, p.81),

o baixo peso e a fácil manutenção dessas panelas sugerem razões práticas para essa preferência pelo alumínio. Por outro lado, a mensagem acerca do capricho e da limpeza das donas de casa, que costuma ser associada ao brilho do alumínio nas panelas expostas na cozinha, sugere também razões simbólicas para a escolha do alumínio.

O cuidado no armazenamento dos alimentos que precisam ser mantidos resfriados também foi ressaltado por uma longeva, que aprendeu no meio familiar a guardar alimentos em potes plásticos, nunca nas panelas ou vasilhas de alumínio.

“Faço sopa, daí faço também para mais dias e deixo em uma vasilha. Não gosto de deixar em alumínio. Que a minha sogra sempre falava que não é pra deixar nada no alumínio, porque ele pode dar doença. Ela não dizia o que era, né? E agora eu não sei se é isso que dá câncer nas pessoas, eu não sei. Mas por isso eu evito, né, não deixo nada no alumínio. Só na louça ou nos potes de plástico, com tampa, esses eu tenho pra guardar na geladeira, né? Daí eu tenho umas vasilhas assim. E ensinei para todas as minhas filhas também.” (L14)

No meio rural, as painéis de alumínio representam mudanças trazidas pela modernidade, pois antigamente eram utilizadas painéis de ferro em fogões a lenha. Do ponto de vista nutricional acerca dessas painéis, é sabido que elas liberam na comida um metal tóxico que se acumula no organismo de quem a ingere (RAMOS, 2007, p.80). Como pôde ser observada no relato da longeva, essa percepção de risco foi elucidada como um conhecimento advindo de gerações anteriores (sogra), que foi transmitido para suas filhas e netas.

Na presente investigação, foi possível observar a cultura de cuidados de conservação dos alimentos em sacos plásticos, amarrados com um nó ou presos com um grampo de roupa ou arames envoltos por plástico, ou ainda em potes de vidro vedados para não entrarem em contato com o ar. De acordo com as mais velhas, essa atenção serve para que os alimentos, como os pães caseiros por elas fabricados, “não fiquem murchos ou endureçam”. Essa prática foi desenvolvida pelos longevos após a migração para a zona urbana, como pode ser observado no seguinte depoimento:

“eu guardo tudo assim, no saquinho plástico, porque senão o pão murcha e depois fica duro, ruim de comer, e não se pode desperdiçar alimento, com tanta gente que passa fome. Mas lá na época que eu morava na roça, nós não tínhamos essas coisas, era tudo enrolado no papel, ou só enrolava o pão caseiro no pano de prato. Eu continuo fazendo pão caseiro como minha mãe me ensinou, e que aprendeu com a minha vó. O que mudou é que agora eu coloco essa farinha aqui de linhaça, que é bom pra saúde, né, funciona o intestino da gente. É linhaça dourada, farinha moída, compra pronto, só mistura na massa do pão, fica bom, experimenta!” (L18)

Quanto a “não ficar parado”, termo incluído no domínio cultural, os mais velhos acreditam que a realização das atividades, como as domésticas, de carregar compras do mercado até a residência e de confeccionar artefatos, são práticas de cuidado que os ajudam a permanecer ativos. Muitos são os artefatos construídos pelos próprios mais velhos para auxiliar nas atividades diárias (como carrinho para compras), bem como para decorar o domicílio (panos de prato pintados ou bordados, toalhas de crochê, pinturas).

“Arrumei um carrinho porque as compras do mercado eu nunca mandei trazer, sempre eu que carrego, para assim também se movimentar, né! Eu mesmo fiz um carrinho assim de carregar peso grande. Vou lá naquele mercado, até acharam estranho, eu fiz o carrinho, assim, tudo pregado com ripinha, carrega uns 200 kg. Eles falam que, se precisar, eles trazem em

casa as compras, mas eu digo que não precisa porque eu mesmo levo.” (L1)

“Eu que faço todas essas coisinhas, as toalhas de mesa da cozinha, os bicos das toalhas, as colchas de retalho, as capas das almofadas. Eu gosto de fazer porque a casa fica bonita, né? É ruim sentar na cadeira dura assim, de madeira, então coloco as almofadinhas em cima, fica melhor de sentar! Sem dizer que passa o tempo, é um jeito de tá fazendo alguma coisa, é ruim ficar parado!” (L2)

“Eu levanto 4h:30min da manhã, é que o meu filho levanta às 5 horas. Ele sai às 5h:30min, e eu faço o café e fico aqui sentada, bordando ou fazendo crochê até amanhecer.” (L19)

“Faço tricô, crochê, estou terminando essa blusa vermelha aqui pra mim olha, esse ponto é bem bonito, um trabalhado bonito assim, né! Eu gosto! Vixe! Já fiz de tudo, já até fiz enxoval assim de crochê. A vista que às vezes tá fraca, mas eu coloco o óculos e continuo! Aí deixo as toalhinhas assim nas mesinhas, fica ajeitadinha a casa, e toda semana eu estou mudando as cores das toalhinhas para não enjoar!” (L4)

“Essas pinturas aí penduradas na parede, tudo, fui eu que fiz lá na escola de pintura. Porque quando meu falecido se foi, eu tinha 85 anos, aí a filha falou ‘mãe, por que a senhora não começa a fazer pintura pra passar o tempo?’, e eu fui, mas olha, esse quadro aqui já tá feio, não gosto dele, foi o último que eu fiz, eu já não estava enxergando direito, tá tudo torto, ficou feio!” (L14)

Segundo Hartmann (1976, p.193), “a atividade artesanal implica certos comportamentos motores que deixam sua marca no artefato confeccionado. Na medida em que o aprendizado de técnicas artesanais é realizado através de observação e imitação, perpetuam-se em grupos [...] e por gerações determinadas maneiras de fazer as coisas”.

Algumas senhoras confeccionam panos de prato e porta-bolos para vender. Uma longeva realiza essa atividade como parte de um trabalho voluntário em uma instituição de Curitiba, que atende crianças portadoras de neoplasia, a Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia (APACN).

“Eu sou voluntária, trabalho todas as quartas-feiras, que a gente vai trabalhar na APACN [ela e a filha], trabalhar com as crianças com neoplasia. Já faz uns par de anos que eu trabalho lá. Trabalhei uns par de anos no asilo do tarumã, com os velhinhos ali. Agora que a gente está meio [pausa], porque não estão precisando do nosso serviço lá. Lá na APACN nós somos costureiras. A gente faz coisas de cozinha, de artesanato, né? Faço uns aventais, pano de prato. Eu que monto tudo. O pessoal borda, aplica, e eu costuro, coloco os bordados. Isso tudo nós fazemos pra vender, pra arrecadar dinheiro pra dar pro hospital e ajudar as crianças. Elas me

falam lá ‘mas a senhora pode vender também os seus panos de prato, tapabolo’, mas aí eu digo que não, que meu trabalho é voluntário lá, o que eu faço lá é pra vender lá e o dinheiro é pra ajudar as crianças lá, sabe. Eu faço os meus aqui em casa, pra vender também, mas não misturo.” (L17)

Outro mais idoso para “não ficar parado” ressaltou o trabalho, tanto aquele realizado na horta quanto no comércio pelo qual é responsável. No entanto, essa percepção de “atividade” do longevo está estritamente ligada à necessidade de cuidar e sustentar a família, da qual é o provedor, e não apenas como maneira de cuidar da saúde, o que pode ser verificado no seguinte depoimento:

“trabalhei até aposentar, daí aposentei. Então fiquei um pouco trabalhando numa lavourinha por aí, uma hortinha, pra entreter a vida, não estar parado direto em casa. Depois trabalhei quatro anos aí numa chacinha. E então arrumei um carrinho de pipoca aqui em frente ao postinho de saúde, Bairro Alto. Está para treze anos que estou trabalhando aqui, lutandinho aqui pra não ficar parado em casa. Minha mulher adoeceu, deu problema de saúde, deu derrame, vai fazer nove anos que está paralisada em cadeira de roda. Tenho que trabalhar, tenho um filho também com problema de saúde, tenho que atender os dois, dois pacientes que eu tenho que cuidar em casa. Sempre tenho que correr por eles, em favor deles, às vezes levar para consultar, pegar receita e buscar remédio, comprar remédio e assim por diante, e atender a casa. Mas como o salário é meio, é baixa renda, às vezes não chega para viver, então tem que emendar e continuar trabalhando, tanto assim, ajudando a manter a vida e também distraindo um pouco, pra não estar parado em casa. Pra saúde, o que eu posso dizer. O que eu trabalho, eu até nem penso que seja isso pra manter a saúde, então a minha saúde já vem com a natureza assim. Eu não posso parar, eu tenho que ter uma coisa ou outra para estar fazendo. Assim, se eu parar e não tiver o que fazer em casa, daí eu fico tipo nervoso, não posso parar em casa, tem que ter alguma coisa pra estar fazendo sempre. Que se eu parar daí me ataca assim, sei lá. Que a gente não pode estar parado, a gente acostumou assim de estar sempre trabalhando, que se parar daí ataca assim uma depressão na gente. O trabalho faz com que a gente não tenha depressão, não tem mau pensamento nenhum. A cabeça fica bem.” (L1)

De acordo com Lafin, Souza e Barbosa (2006), o trabalho voluntário surge como uma maneira de incentivo ao idoso, de modo a valorizar seus conhecimentos e otimizar sua inserção no conjunto de ações voltadas ao bem viver de comunidades que precisam de atenção especial. Trata-se de uma oportunidade para os idosos continuarem contribuindo para o crescimento e bem-estar da sociedade, de forma ativa e transformadora. A política do Envelhecimento Ativo afirma que “é preciso reconhecer o valor do voluntariado e desenvolver oportunidades para que os idosos participem de atividades voluntárias significativas” (OMS, 2005, p.52).

O voluntariado é frequentemente estimulado pelos profissionais que atuam em grupos de convivência e ou terapêuticos, como é o caso dos profissionais de

saúde da UBS. Desse modo, o voluntariado traduz uma atividade aprendida pelos mais idosos, durante a participação deles e o contato direto com diversos grupos que frequentam.

Minayo e Coimbra Junior (2002) ressaltam a velhice como “uma fazenda de colheitas, espaço de movimento e construção, onde continuam a existir não apenas os frutos, mas a semente, o plantar, a alegria dos brotos e todos os prazeres, dores e sofrimentos do ceifar, como em qualquer etapa da vida”. Desse modo, incentivar que os mais velhos realizem trabalhos voluntários proporciona benefícios como a manutenção das relações sociais e o bem-estar psicológico e, ao mesmo tempo, significa uma valiosa contribuição ao meio em que vivem e os mantém ativos e participativos.

A caminhada e o exercício físico também foram apontados como maneiras de não ficar parado, desse modo, uma prática de cuidado à saúde. É possível ressaltar as atividades que ocorrem de forma natural, como a caminhada para ir ao trabalho ou as atividades domésticas, as quais se entrelaçam a outras taxonomias apresentadas nesse domínio cultural.

“Daqui até o posto dá umas sete quadras, uns 700 metros mais ou menos. Daí essa corrida eu faço todo dia, vou e venho. A minha caminhada é essa do trabalho.” (L1)

“O fato de cuidar da casa, trabalhar ali no serviço doméstico também ajuda a cuidar da minha saúde, para mim eu penso que ajuda, porque eu não fico parada, né?” (L9)

“[...] faço o café e fico aqui sentada bordando ou fazendo crochê até amanhecer. Depois vou lavar roupa, às 5 horas já vou pro tanque e já coloco a roupa na máquina. Quando amanhece, eu tomo o meu café. Tomo remédio da pressão, primeiro, né, depois o café. Depois minha amiga vem e nós vamos caminhar, 7h:20min, por aí. Fazemos nossa caminhada na Vilinha para cuidar da saúde, faço um pouco de academia. Voltamos. Chego aqui e às vezes estou cansada, deito e descanso um pouco. Aí levanto, vou arrumar a casa, varrer. No dia que não está muito frio, eu passo o pano molhado, né? Porque se estiver muito frio não dá, né? E aí logo chega a hora de almoço, faço o almoço, nós almoçamos, lavo a louça. Daí já venho ver TV e já fico com o meu bordado. Que se eu ficar vendo TV sem o meu bordado, eu cochilo [risos]. E bordando, eu não cochilo.” (L19)

“Eu como o dia inteiro, eu era pra ser gorda, mas eu ando muito, por isso que eu queimo as calorias, eu não durmo de dia, só durmo de noite, eu ando em tudo, a minha casa é grande, tem quintal, eu ando bastante. Faço a comida, eu faço de tudo, não tenho empregada, eu lavo roupa, faço tudo, não limpo lá aquelas coisas, né [risos], mas o que eu posso fazer eu faço,

eu não tenho ninguém que me ajudar não! E você pensa que marido ajuda? Ajuda nada! Então eu limpo aqui tudo sozinha.” (L4)

Uma longeva faz caminhadas e ginástica de segunda a sexta. A cultura de cuidados relacionada aos exercícios físicos, atualmente, é um hábito adquirido também por outros segmentos etários. Muitas pessoas desenvolvem por indicação médica, outras para preservar a saúde e até mesmo para manter a estética corporal, hoje tão valorizada.

“Eu caminho todos os dias, quando não está chovendo, né? De segunda a sexta. E agora tem academia lá na vilinha, né? Eu participo um pouco das atividades lá. Lá tem ginástica, mas eu não participo toda vez por causa da coluna. Mas antes deles arrumarem lá a vilinha, que era diferente, né? Tem uma professora, eu comecei com uma japonesa lá [...], ela é minha xará. Mas era boa a professora, e tinha bastante gente que participava. Daí depois vinha do posto um professor de lá também. Daí começou a vir do nosso posto aqui, o Paulo [nome fictício], mas ele vai duas vezes por semana aí, na vilinha. Ele dava ginástica pra nós, levava som, antes de reformarem a vilinha, ia duas vezes por semana, ele era legal. E fazia passeio com nós. Lá tem uma pista, que é em volta assim [...] Agora eu não faço muito, que quando eu chego lá eu já estou cansada. Vixe, agora eu estou com uma canseira. Que eu até fiz um eletro esses dias, mas não deu nada. Só quando eu caminho que dá canseira. Que dá quase 20 minutos caminhando até lá, daí chego lá e faço um pouco de academia. Quando não estou cansada, dou uma volta na pista, ou duas. No começo, eu dava três voltas, agora, às vezes, eu dou só uma. Depois eu vi que lá na academia ao ar livre [vilinha] não dá canseira, é melhor fazer exercício, né? O pessoal do posto sempre reforça porque é bom pra cuidar da saúde.” (L19)

Alguns efeitos da atividade física são bem estabelecidos na literatura, como melhor funcionamento corporal, preservação da independência, reduz o risco de óbito por doenças cardiovasculares, melhora o controle da pressão arterial, da postura, do equilíbrio, do perfil lipídico e da captação da glicose. Ainda, a prática da atividade física permite aprimorar a qualidade do sono, a resposta imunológica, a função intestinal, os quadros algicos, a circulação venosa periférica, além de melhorar o estado de humor e autoestima e ampliar o contato social dos idosos (BRASIL, 2006).

A assimilação da cultura de cuidados por alguns mais idosos, referente aos exercícios físicos, pode ser interpretada pelas manifestações que eles proporcionam, percebidas em diversos aspectos de suas vidas.

De acordo com o caderno de atenção básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, a inatividade física é um dos fatores importantes para o



desenvolvimento de doenças crônicas na população idosa. Ainda, destaca-se que a atenção à saúde abrange a promoção de estilos de vida saudáveis, e o incentivo pelos amigos e familiares é um aspecto facilitador para a incorporação da prática de atividade física (BRASIL, 2006).

Desse modo, é importante ressaltar que a atividade física regular feita como promoção da saúde foi uma prática adotada pela minoria dos mais velhos, e quando se fez presente, esteve acompanhada de amigos que estimulam principalmente as caminhadas. Essas relações de amizade se mostram como uma âncora que oferece suporte e estímulo aos longevos para que adotem essa cultura de cuidados preventivos.

Outro termo incluído no domínio cultural esteve relacionado à participação e diversão, como formas de socialização dos idosos mais velhos. Na quase totalidade das visitas domiciliares, foi observada a prática do “cafezinho”, ou o café da tarde, como mencionado na descrição do cenário cultural. As mais velhas colocam à mesa uma diversidade de alimentos, bem como suas melhores (e também antigas) louças, as quais são servidas às visitas.

O costume do chimarrão, bebida quente comum da região sul, foi observado no domicílio de duas longevas participantes (irmãs), naturais do estado de Santa Catarina, que estavam reunidas com a família. Uma delas referiu que todas as manhãs coloca a chaleira com água para esquentar, enquanto espera pela sua irmã para que possam “tomar o mate e começar o dia” (L6).

Mais do que o aspecto alimentar, o cafezinho e o chimarrão são práticas culturais dos mais idosos que proporcionam a socialização, a interação entre as demais pessoas, sejam elas amigas ou familiares. Essa prática também foi observada no estudo etnográfico de Ramos (2007, p.80), com agricultores da zona rural: “o café da tarde é uma refeição mais fortemente relacionada com situações de reunião e visitas, o que sugere uma relevância específica de seu sentido como uma ocasião de sociabilidade”.

Os longevos participam ainda de atividades e encontros promovidos no âmbito familiar, como fazer passeios, pescar com o filho, ir à igreja, comemorar aniversários, ritos importantes para os longevos.

Na casa ou em casa, para Da Matta (1986), somos membros de uma família e de um grupo fechado com fronteiras e limites bem definidos. Seu núcleo é

constituído de pessoas que têm a mesma substância, a mesma carne, o mesmo sangue e, conseqüentemente, as mesmas tendências. Tal substância física se projeta em propriedades e muitas outras coisas comuns. A ideia é de um destino em conjunto e de objetos, relações, valores (as chamadas “tradições de família”) que todos do grupo sabem que importa resguardar e preservar. Disse que isso se chamava “tradição”, e é assim que normalmente falamos desses símbolos coletivos que distinguem uma residência, dando-lhe certo estilo e certa maneira de ser e estar.

“Quer vê ó, nós vamos à missa sábado às 7 horas da tarde, domingo às 8 da manhã. Daí os filho vem: ‘tão pronto pra gente da uma volta por aí?’. Falei: ‘entra que dá!’ [risos].” (L3)

“Os filhos vêm e já dizem ‘arrumem a roupa, e catem o chinelo e a pasta de dente, peguem o remédio!’. Aí eles arrumam tudo, fecham a casa e vamos passear. Quando isso acontece, a gente dorme na casa deles nesse dia de passear.” (L2)

“Olha, eu gosto de pescar! Dizem que eu gosto de comer o peixe, mas é que eu gosto mesmo é de pescar ele. Tem um pesque-pague ali em Piraquara, pertinho. Mas olha, cada big bagre que olha! Bagre a mulher não gosta, só de tilápia. Eu costume ir pescar [...] e às vezes só, não é toda a vida. De vez em quando dá duas vezes por mês, às vezes dá três por mês. Vou com o meu filho, só.” (L10)

“Eu gosto de ouvir a rádio, tem música e tem a banda B que a gente escuta todo dia. E daí tem também oração na hora do meio dia. Eu escuto também aquelas piadas do Copani, mas agora ele teve que se afastar porque ele vai ser candidato a vereador. Outro dia eu até dei entrevista pro Luiz Carlos Martins, no dia do meu aniversário. Minha filha ligou lá na rádio para me homenagear, o radialista me ligou no meu aniversário de 90 anos. Daí minha filha e minha neta ficaram escutando lá na casa da filha, e diziam: ‘agora a mãe tomou conta do programa’. Ficamos conversando meia hora, ele fazia tanta pergunta e eu fui respondendo. Era pra ver se minha cabeça estava boa. Me fez até rezar e eu rezei. O radialista dizia ‘a senhora sabe o anjo da guarda?’ E eu disse ‘lh! rezo tanto o anjo da guarda de noite pros meus netos, que protejam todos eles, sei até voto de contrição, não esse que rezam todo dia aí na missa, eu rezo um outro’. Daí depois, eu já estava nervosa de vergonha, e faltou duas palavras na reza. Mas estava bonita a festa de aniversário, nossa! Eu cismava que ia ser bonito, mas não tanto, né? Que achei assim ‘vão se reunir, né’. E eu fui em Foz do Iguaçu em janeiro, fiquei lá um mês e meio, daí o meu filho ia nos lugares com a minha nora e dizia assim ‘essa é a minha mãe’. ‘A é? Quantos anos ela tem?’. ‘Ela vai fazer 90’. ‘Então vai ter festa?’. E meu filho então respondia: ‘vamos fazer uma festa sim!’. Bom, eu sei que toda a vida, cada vez que era o meu aniversário, a minha filha aqui, o meu genro e as netas que fazem. Fazem o prato e tudo, um traz bolo, outro traz salgado. Eu só fico sentada e eles que fazem tudo, café e tudo, eu só fico olhando, não faço nada. Eles me dizem ‘não, não. Fique quieta aí, não se levante!’. Então eu tinha que ficar, né? Ficar quietinha. E agora eles disseram que iam fazer. Essa dos 90 anos os

filhos e os netos já combinaram, foram ver e já resolveram, e arrumaram com o meu filho e fizeram a festa! Tava muito bonita! Fizeram homenagem pra mim, minhas netas e bisnetas me entregaram essas flores que você tá vendo! Muito lindo!”. (L14)

Os longevos também ressaltaram os passeios e festas promovidos pela Unidade Básica de Saúde e pelos grupos sociais a que pertencem, como maneiras de participar e se divertir. Entre os grupos, estão a “turma da terceira idade da igreja”, o “pessoal da aula de pintura” e do “passeio do posto”. Ficou evidente a alegria dos idosos mais velhos em participar dessas atividades.

“Eu gosto de passear, de participar das festinhas! Gosto de amigo secreto, aquelas flores ali no vaso ganhei de amigo secreto lá na aula de pintura! E essa é uma garrafa que eu ganhei no bingo, eu gostava bastante de bingo! Agora não enxergo direito, senão ia direto ao bingo da igreja. Pegava o ônibus aqui e ia. Eles também não fizeram mais bingo de dia, só fazem de noite, aí fica difícil de eu ir, né!” (L14)

“Pra mim tá bom, não falta nada! Às vezes que eu estou trabalhando lá na frente do posto, às vezes faz uma reunião, uma saída assim de ônibus, uma passeada para os idosos que vão lá para aqueles parques, eu acompanho, fecho a banquinha e acompanho. Tem um outro amigo ali, que era estranho de mim, nos conhecemos ali, daí fomos junto conversando. Primeiro eu até nem ia, não acompanhava, depois virei amigo desse homem, daí acompanhamos. Cada saída que eles fazem eu acompanho. Aquilo distrai, vai conversando, vai distraindo, conversando assim com as pessoas e vai vendo as coisas que não conhecia ainda. Isso eu penso que também faz bem pra saúde. A gente até esquece dos problemas, esquece. [pausa] Vai conversando com um e com outro e vai distraindo!” (L1)

“Eu participo na igreja, lá tem trabalho, tem bordado. Eu participei dez anos da terceira idade lá na Santa Bertila. Lá tinha palestras, brincadeiras, bingo, passeios. Lanche todos os dias. Cada uma levava lanche e quem não podia levar toda vez, levava uma vez sim e outra vez não. Era lanche comunitário. Nossa, é muito bom! E aqui na igreja agora a gente também vai, na Santa Maria Mãe da igreja aqui. A terceira idade aqui começou esse ano. Já é a terceira vez que começa [risos], mas acho que agora foi! Eu tinha participado duas, três semanas, mas daí não foi pra frente. Aqui também tem trabalhos, bordados, brincadeiras, tem bingo.” (L19)

Outra maneira de participar apontada pelos mais velhos esteve relacionada ao fato de se aliar ao outro, mais uma vez uma relação que permite a cooperação e a participação, como pode ser observado no discurso do longevo:

“eu participo pra fazer companhia, as vezes que eles fazem uma reunião, um passeio. É, esse eu participo pra cooperar com eles, que a gente trabalha aqui junto com eles, pra não ficar ruim com eles. Então daí eu não ir, é estranho, né?. Nem me convidavam, mas daí eu me dei de amigo com

um vizinho aqui, o tal do Sr. Pedro. Daí ele é muito à frente, muito aliado com as enfermeiras aqui nos negócios de passeio, então me aliei a ele, acompanhei ele, 'vamo, vamo', pra cooperar com ele. Já fazemos parte desse grupo aqui de idoso, daí acompanho pra fazer companhia, sempre tenho ido acompanhar." (L1)

Como maneira de se distrair, os longevos apontaram a importância de lidar com horta, lidar com a terra, bem como realizar viagens para visitar familiares distantes.

"Porque eu gosto de ter uma hortinha ali no quintal, sabe? Porque se tem uma coisa plantada na terra ali, você cuida dela. E se não tem nada, daí você já não se importa muito com aquilo. Pra virar uma mata? Daí se tem uma verdura ali, você tem que plantar ela, carpir ela, jogar terra nela. É pra se distrair também. E diz que é muito bom mexer com a terra, sabe? Só que nunca ninguém fez nada por mim, jogar terra, cortar a grama, mexer no quintal, eu mesmo faço tudo." (L12)

"Eu vou pra São Paulo, eu tenho meu filho mais velho que mora lá, as irmãs moram tudo lá, a família dele também e até eu morei lá. Quando eu vou lá, falo que sou sozinha aqui na terra, mas eu vou na companhia de Deus, em geral vou lá na 25 [Rua 25 de Março], faço compra, desço do metrô, pego o metrô, desço do ônibus que desce lá, o Itapemirim, pego o metrô, depois pego outro ônibus e vou lá pro Ipiranga onde mora o meu filho. Ninguém vai me esperar na rodoviária, eu vou sozinha." (L4)

É fundamental a participação dos mais velhos e as suas relações sociais, o que pode ocorrer desde o meio intrafamiliar até a sua atuação direta na comunidade. No aspecto familiar, é importante destacar a solidariedade intergeracional, com a manutenção de laços afetivos de apoio. Fora do domicílio, ressalta-se necessidade de manter as relações de amizade para a atuação do idoso na comunidade, seja com os vizinhos, amigos ou pequenos grupos sociais, bem como as relações de trabalho voluntário em instituições carentes. Essa atuação converge com a proposta das políticas públicas internacionais frente ao aumento da expectativa de vida e longevidade, de modo a promover um envelhecimento ativo, bem-sucedido, como melhor qualidade de vida para os idosos (EUROPEAN UNION, 2012).

O último termo incluído no domínio cultural maneiras dos longevos cuidarem da saúde foi o "jeitinho caseiro e religioso" dos mais velhos. Durante o percurso de vida, os longevos tiveram contato com diversas receitas de chás, passadas de geração para geração, que são preparadas com ervas medicinais e oferecidas às

peessoas quando estão resfriadas, com febre, dor de estômago, alterações intestinais, ou ainda para aumentar o apetite das crianças.

As práticas populares de cuidado com a saúde ou doença podem ser consideradas uma característica própria do mundo rural tradicional em oposição à medicina oficial moderna, própria do mundo urbano. A ocorrência de práticas tradicionais rurais dos mais idosos nas cidades é explicada como sobrevivência cultural de tradições trazidas por eles, pois são imigrantes rurais, ou seja, como persistência de traços culturais de época mais antiga. Mesmo com a adaptação dessa população às condições de vida urbana, a memória tradicionalista não foi totalmente substituída pelas práticas modernas.

Queiroz e Canesqui (1986), em uma revisão sobre crenças e hábitos concernentes à "medicina popular", comentam o pressuposto de que tanto o campo quanto a cidade são entidades homogêneas e consistentes, e que o único processo de mudança é aquele verificado pela migração. Este pressuposto, segundo esses autores, encontra seu paradigma na clássica dicotomia "folk-urbano" de Redfield (1941), em que o encontro de duas sociedades ou dois mundos (no caso, o mundo rural e o mundo urbano) é percebido como se houvesse um processo natural de absorção do mais fraco pelo mais forte.

O mundo tradicional para Redfield (1941), com suas crenças e práticas de cura, é percebido por ele como um conjunto assistemático em via de desintegração, uma vez que são disfuncionais ao contexto sociourbano moderno. Esse pressuposto para os mais idosos não se mantém, na medida em que, apesar da urbanização, persistem e se desenvolvem saberes e práticas de cura populares, como têm também demonstrado outras pesquisas nacionais.

“Às vezes estou com uma gripinha, daí eu faço um chá desses caseiros. Tem uma erva de guaco muito bom pra tosse, às vezes eu botava uma colher de mel, mel de abelha, adoçava, tomava aquilo e ia deitar. No outro dia, amanhecia bom outra vez. Cozinhava umas folhas de guaco, daí depois quando ele está meio morno, põe uma colher de mel e derrete, depois ia dormir. No outro dia aparecia bom de novo. [...] Quando aparece a dor de estômago, aí faz chá de boldo, aquele boldo do Chile, ou também o chá de losna é bom, sempre funciona. Conhece aquele chá de quebra-pedra? Esse eu compro, não tenho plantado como o boldo, o de quebra pedra é bom pra quem tem pedra no rim, assim, por isso esse nome.” (L1)

“Quando tem um resfriado, eu sempre tomo chá. Faço chá e tomo, e graças a Deus, eu melhoro. Pode ser qualquer chá, né? Tomo bastante o chá mate, normal, mas quando estou resfriada, chá de quentilho é bom. É, daí

eu escoro, a gente tem que escorar. Porque se a gente toma um chá quente e depois sai na chuva, no vento, não refresca nada. Esses dias o velho estava com febre, e o que eu fiz, eu falei pra ele: ‘Agora só por causa de febre ir por aí pra procurar um recurso?’ Estava queimando de febre. Então eu fervei um pouquinho de água e macetei um dente de alho e abafei, sabe. Deixei esfriar e ele tomou um tanto assim [meio copo, aproximadamente 100 ml]. Abaixou a febre dele. A sogra falava que esse aí é alho soativo. Agora não se usa mais, né? Alho soativo é um vidrinho assim que vinha da farmácia, tinha gosto ruim que só. Agora não tem mais. Já sumiu. Na casa da sogra, quando os homem estavam na roça, quando tinha a molecada pequena, daí dava febre nas crianças e ela pegava aquele dentinho de alho menorzinho da cabeça, e macetava assim bem macetadinho com a ponta da faca, aí fervia um pouquinho de água, abafava e dava pra tomar, acabava com a febre [...] Para dor de estômago, a gastrite, é bom bater couve com leite, e pra anemia, couve com limão, pode pôr açúcar, e também couve com laranja, duas vezes na semana. Couve é bom pra saúde, menina! Comer fígado de boi também é bom pra anemia [...] e quando o velho tá com o intestino solto, assim, eu faço chá de broto de goiaba com folha de araçá, ou também chá de romã, da casca da romã, eu sempre tenho aí! Deixa secar a casca pra poder fazer o chá.” (L2)

“Eu tomo muito chá de boldo, é bom para o estômago, eu tomo todo dia! O boldo é meio amargo, né, não põe açúcar nem nada, acho que faz bem, né, pois você veja, estou com 94 anos, e faço de tudo ainda! [risos].” (L8)

“Eu costumo plantar muitas ervas pra fazer chá, mas a geada que veio no ano passado matou tudo, só ficou a cidreira e a hortelã. Mas aí eu vou na loja de produtos naturais, ali em baixo, e compro, guardo nos potinhos de vidro, vem fechadinho, na minha cozinha ali tem um armário cheio! [...] Olha, as ervas que eu uso, carqueja é uma das melhores, é bom pra tudo, bexiga, fígado, estômago, eu tomo muito chá de carqueja, também tomo chapéu de couro, é bom para os rins. Já faz muito tempo que eu uso as ervas, meu pai conhecia muito de ervas, erva de bicho, picão, que é bom pra icterícia, para o fígado. Quando eu morava em chácara, tinha de tudo plantado no quintal, chá de marcela que curava disenteria, mastrúcio era bom para o pulmão, bronquite. Lá naquele tempo não tinha médico, era tudo remédio caseiro, pra curar resfriado em criança, bronquite, usava folha de laranjeira, não te falei que eu fui curada com emplastro de fubá? Hoje é tudo nos médicos, você vai no posto de saúde e está cheio de crianças lá, ganham xarope, inalação. Eu não sei se melhorou não, porque naquele tempo que eu era criança, eu vivia com os pés no chão, e nós somos em cinco irmãos e estão todos velhos e vivos ainda, e o que faziam meus pais naquela época? Usavam as ervas! Eu só fui no médico quando eu casei, menina! Eu acredito que os chás ajudam a viver bem, muitos anos sim, porque os remédios [compostos químicos] fazem bem pra uma coisa mas mal pra outra coisa, e os remédios de ervas não! Fazia chá de canela, de flor de laranjeira, de mamão. Fazia chá da flor de laranjeira e do mamão para dar pra criança com bronquite. Chá da folha da batata doce para dor de dente. Vixe, tem tanta coisa!” (L4)

“Hoje em dia eu tomo chimarrão com espinheira santa, casca de laranja, e é só. Ah, aquele pau amargo, é milhomens. Cipó milhomens. Você sabe o que significa cipó milhomens? É que na guerra ele curou mil homens, na guerra que chamavam os Maragato, pica pau. Esse pau é antibiótico, é pra inflamação, né? Até pra diabete é bom a espinheira santa. Você coloca quando a água ferver e já desliga, então põe na cuia do chimarrão. Deixa eu

mostrar. Olha como é que fica. Aqui tem espinheira santa e casca da laranja.” (L10)

“Eu creio que ter tomado os chás que a minha falecida mãe me dava, e esses que eu tomo hoje também, ajudam a ter saúde sim. Que sempre eu tomei troço de erva do mato assim. E me criei com [...], a gente comia muita, eu acho que você nem conhece, do campo assim, diziam chicória. Minha mãe fazia chá de chicória para a gente ter assim, mais força, mais apetite quando era criança. Me criei assim.” (L3)

Existe uma multiplicidade nacional de práticas de cuidados populares à saúde, como pode ser constatado em levantamento realizado pelo Instituto Estadual do Patrimônio Cultural do Estado do Rio de Janeiro (INEPAC, 2005). O chá de guaco (*Mikania cordifolia*) é empregado no tratamento da tosse e coqueluche, o chá da folha de boldo (*Pneumus boldus*) é indicado para o fígado e estômago, e de carqueja (*Baccharis triptera*), para a redução da febre, males de estômago, caxumba, gripe, reumatismo, cólica de fígado, diabetes, enxaqueca, dor de garganta, queda de cabelo, males da pele e inflamações em geral. Por sua vez, o chá das folhas da goiaba (*Psidium pommiferum*) é utilizado para dores intestinais e diarreia, e o chá de quebra-pedra (*Phyllanthus corcovadensis*), para doenças renais.

O alho (*Allium sativum*) tem sido utilizado como regulador da menstruação, e a folha da batata doce (*Convolvulus batatas*) assim como a Malva (*Althaea officinalis*) são usadas para fazer chás para aliviar sintomas como a dor de dente. O chapéu de couro (*Echinodorus macrophyllus*) auxilia no tratamento de furúnculos, é depurativo do sangue, ajuda em moléstias da pele, rins e reumatismo. Ainda, o cipó-milhomens (*Aristolochia cymbifera*) é indicado para o banho, bom para tratar o reumatismo, “mau-olhado” e feridas externas, segundo a população fluminense (INEPAC, 2005).

Em estudo etnográfico desenvolvido por Ramos (2007), junto a agricultores da zona rural do Rio Grande do Sul, as mulheres relataram a prática do chá frio de losna para tratar a dor de estômago, chá tomado “por água” durante um mês inteiro. A autora afirma que o tomado “por água” significa a substituição da água pelo chá de losna e, de acordo com as agricultoras, essa prática é comum e proporciona um cuidado satisfatório. O INEPAC (2005) afirma ainda que a losna é empregada para dores de cabeça, estômago, fígado e intestino.

Para evitar que as puérperas sofressem de “recaída”, uma longeva mencionou outros tipos de chás que “ajudam as mulheres que ganharam bebê”.

“Minha neta agora teve uma perca, que ela não sabia que estava grávida e ela teve uma perca. E eu cheguei em casa e fiz um chá de Artemísia. Artemísia, cipó-buta, noz moscada e peixelim. É, e um pouquinho de cachaça. A arruda também é bom... bom pra não ficar tossindo, não ficar com dor nas costas. Mas não pode tomar durante a gravidez, é depois que ganha o filho. E ela perdeu, né? Então fiz o chá para ela.” (L13)

Segundo os participantes, um dos motivos pelos quais eles têm saúde foram os cuidados populares recebidos pelas suas mães e avós, que são seguidos pelos longevos nos dias atuais. Uma das participantes referiu que “a forma de os pais cuidarem das crianças era mais sadia” (L4). Esse modo de cuidado popular, embora ainda seja utilizado pelos mais velhos, aos poucos, é deixado de lado pelas novas gerações que, de acordo com os idosos, agora são mais “dos comprimidos”. Uma longeva refere que a sua filha de 52 anos “já está intoxicada, porque toma muito comprimido!” (L4).

Ramos (2007, p.73) afirma que:

as mulheres, especialmente as mães e as avós, acabam sendo guardiãs de saberes locais em relação à culinária e à saúde. Saberes e receitas para as cozinhas, mas também para as roças, as criações e a horta que revelam conhecimentos que vinculam a culinária à agricultura. [...] Junto à horta (e por vezes também em outros locais separados), as agricultoras cultivam ervas para chás e sucos, utilizados quando há casos de “precisão” na família ou na comunidade.

Outras receitas caseiras foram apontadas pelos mais velhos para aliviar sintomas como coceira e dor, para o controle do diabetes, bem como tratamento de feridas no corpo, causadas por diferentes motivos. Uma longeva ainda destacou uma medida utilizada para o combate ao barbeiro, na época em que residiam na zona rural.

“Eu sempre ouvi falar que água com açúcar no olho é bom pra coceira. Ah! A gente sempre fazia quando morava na roça, e sempre ajudava. A coceira parou, né?” (L2)

“Minha nora começou esses tempos com o diabetes, e eu falei pra ela, naquele meu livro, se chama ‘Viva Natural’, tem receita para tudo que é doença. E tem lá a dieta da vagem, bom para o diabetes. Você faz o suco da vagem, assim, bate no liquidificador com água e toma o dia todo. Eu não tenho diabete, mas tomo às vezes para prevenir. Pergunta para minha nora se não baixou a dela? É muito bom!” (L4)



“A mulher que benze me ensinou pra ferver losna e dar banho na ferida da perna, e com gaze ponha bemquentinho assim sempre, né? E eu fiz ontem duas vezes, eu fiz hoje. Acho que a losna funciona como antibiótico, sei lá, tira a dor.” (L17)

“Toda semana ou a cada quinze dias, a gente tirava os colchões pra fora de casa porque era dia de escaldar as camas. O barbeiro se escondia no estrado das camas, e então minha mãe limpava a casa, naquele tempo não tinha água sanitária, ela usava sabão e álcool, limpava o assoalho, porque toda casa tinha o barbeiro, mas naquela época ninguém aparecia com aquela doença, pois a pessoa demorava anos pra desenvolver a doença.” (L4)

De acordo com o INEPAC (2005), a população fluminense tem práticas populares de cura para a vermelhidão dos olhos, feita com banho de água filtrada e açúcar. Diversas das feridas e “males de pele” são popularmente tratadas com banho, no qual são colocadas ervas como picão e erva-de-bicho, mistura na qual pode ser acrescentado o sal.

Para os longevos, os cuidados sempre eram prestados pelas mães e avós. Uma situação de mordedura de um animal foi relatada por uma das mais velhas, que recebeu atendimento da avó materna no momento.

“Eu só me lembro que nessa época a minha vó era viva, a mãe do meu pai. Então, quando a minha tia foi tratar do macaco, quando ele escapou da gaiolinha, e acho que eu estava mais perto da gaiola talvez, então ele veio e pulou em cima de mim. A minha tia gritou com ele, queria bater nele, aí ele me deu uma mordida e pulou no chão. Eu tinha quatro anos. Aí a minha tia correu atrás pra pegar ele. Logo a minha vó começou a lavar, eu me lembro que ela falou: ‘vem filha, vem aqui’. E foi lá na água, que naquele tempo não tinha torneira nem nada, era tudo água de poço, banhou bem e amarrou um pano, eu me lembro que ela limpou, lavou, amarrou um paninho, e eu chorei na hora, sangrou, fui mordida aqui na mão.” (L4)

A prática de emplasto de fubá também foi referida pelos mais velhos, feita principalmente nas crianças para curar a pneumonia. Uma das longevas acredita que só está viva por conta do emplasto de fubá feito quando era bebê, de acordo com o que a mãe contou para ela.

“Quando eu nasci, fui curada da pneumonia com emplastro de fubá. Você conhece fubá, que a gente faz polenta, até hoje todo mundo usa, isso daí é um santo remédio, ele tira a inflamação e tira a dor. Faz o emplasto, põe água, põe o fubá ali no meio, deixa endurecer bem, ele endurece que nem um angu e põe num pano, numa flanelinha, dobra a flanelinha e põe aqui no peito, põe no joelho. Ele é quente, mas a minha mãe fazia morninho, tirava um, punha outro, não era um só, minha tia ajudava. Minha mãe contava que

eu quase não estava respirando, que eu estava muito miudinha, fraquinha. Minha mãe falava assim: 'olha lá no berço, ela não tá nem respirando mais'. Minha tia respondia: 'não, ela tá respirando, fraquinha, mais tá'. Então começou a pôr emplastro de fubá e aquilo foi puxando a inflamação do pulmão, é a pleura que inflama do pulmão, que dá essa pneumonia, e eu pegando resistência, e estou aqui com 81 anos. Já põe tudo junto na água fria, e vai mexendo pra não encaroçar, logo ele endurece e fica um angu grosso, põe num pano, dobra o paninho quatro vezes e põe. Se estiver muito quente, põe um paninho aqui por baixo, e põe ele por cima. Eu fui curada com isso. Só na frente, nas costas não precisa, a minha mãe punha na frente, ficou a marca da minha pneumonia que eu tive quando eu tinha uns 8 meses, por aí, que minha mãe contava." (L4)

"É, o povo da roça usava assim emplastro de fubá, né, quando tinha dor nas costas, pra tratar da pneumonia das crianças, era bem comum, e até hoje eu falo pra minhas filhas, mas tá muito mudado, né, elas são muito de tomar comprimido agora." (L2)

O escalda-pé, por sua vez, foi mencionado pelas mais velhas, devendo ser aplicado em situações de resfriado e para algumas feridas, principalmente dos membros inferiores. O cuidado de não se expor às variações de temperatura também foi referido pelos mais velhos como uma maneira de cuidar da saúde, prática adquirida com as mães e avós e repassada para as filhas e netas.

"Quando a gente fica gripado, resfriado, porque toma chuva, é bom fazer um escalda-pé, e se enlear [embrulhar] para ficar quentinha. Eu chegava com os pés molhados em casa e minha mãe e minha vó já diziam 'ligeiro, ligeiro, esquentar a água pra botar esse pé!'. E assim funcionava, eu falo para as minhas netas de não ficar com os pés descalços no chão, nem tomar chuva, porque dá resfriado e a cólica também. Hoje em dia tem que cuidar com a quentura dos aquecedor que a gente usa para tomar banho, né, cuidar pra não sair no vento depois do banho também ajuda." (L14)

"Um monte de gente ensinou a fazer um monte de coisas nessa ferida que tinha na minha perna, que agora só ficou a cicatriz, né. 'Ah, faz esse, faz aquele!' Agora não vou saber o nome dos troço lá. A perna é minha mas não lembro [risos]. Sei dizer que minha mãe fazia aquele escaldo, fervia água num troço grande assim, pegava e lavava aquilo assim. Quando enfiava meu pé dentro da bacia, aquilo parecia que descansava tudo. Tanta dor. Berrava de dia, de noite. Aquela dor. Daí, quando veio a furar aquela ferida, foi um descanso meu. Naquela água tinha algum tipo de chá [...] mato do mato aí, picão, sei lá. Acho que era erva-de-bicho. Eu nem me lembro mais. É como eu sempre falo, qualquer machucadinho que a gente tinha, lavava com picão e erva-de-bicho. Mais era o picão. Em qualquer ferida, né? Machucado qualquer. Fazia aquela água assim e ia banhando. Temperava com sal, colocava outras misturas no meio. Sei lá, nem lembro. Colocava sal para a carne ficar meio salgadinha [risos]." (L3)

"Eu cuido bem, porque eu não tomo chuva, eu não tomo muita friagem, levanto cedo e me agasalho bem, né?" (L9)

“É assim, né? Eu, por exemplo, se tiver chovendo eu não saio com a cabeça no tempo. Tem que colocar um chapeuzinho, um pano. Se tiver bastante chuva que tiver molhado o chão, que tiver lugar que a gente possa pisar na água, eu prefiro colocar um calçado fechado, gosto de meia no pé, nunca saio de chinelo. Quando eu era solteira, que a gente trabalhava na roça, o meu finado pai falava: ‘oh minha filha, você não vai trabalhar hoje!’. Porque minha mãe contava pra ele que eu estava menstruada, né? Naqueles tempo, era muito mais difícil, né? E daí ela falava: ‘hoje a menina não vai trabalhar’. Por causa de eu tomar chuva e dar cólica, né? Porque na roça eu tomava chuva. Tinha que trabalhar. Aí ele não deixava. Ele não deixava eu trabalhar de jeito nenhum.” (L2)

A erva-de-bicho (*Polygonum hydropiper*) é bastante utilizada em banhos e escaldos, para sarnas e males da pele e feridas externas. O picão (*Bidens pilosa*), também conhecido como picão da praia, picão preto e fel da terra, como chá é indicado para hepatite, icterícia, febres, azia, crise renal e edemas (INEPAC, 2005).

Muitos dos longevos frequentam benzedeiros, algo que ocorre desde quando eram crianças. Entendida pelos mais idosos como alguém que tem um dom de Deus, a benzedeira faz orações, benze a pessoa com palavras da bíblia, com galhos de arruda, e também faz ou indica chás e emplastos.

“Minha sogra era benzedeira, e se começasse a sentir alguma dor, por exemplo, nas costas ou no peito, ela fazia o emplasto de fubá e benzia também. Daí colocava no peito da criança, assim, colocava num papel. Medo da pneumonia, né? Ela benzia pra quem vinha pedir!” (L2)

“Bom, eu acredito em benzedeira porque se foi deixado por Deus, a gente não pode abusar, né? Eu acredito por causa disso. Porque essa tal de benzedeira é um dom que Deus dá para aquela pessoa, né? É igual parteira.” (L3)

A longeva apresenta uma ferida na perna esquerda, para a qual a filha tem feito a troca de curativos. Como complementação a esse cuidado, a idosa tem frequentado a benzedeira do bairro, que também é participante do estudo, para que possa fazer orações sobre a ferida. (Diário de campo, L17, 80 anos, julho de 2012).

“E agora, todo dia fazendo curativo. E pra falar a verdade, eu mandei até benzer a ferida. Vou experimentar de tudo, nessa vida tem de tudo, né? E daí vamos ver [...] parece que está melhorando. Domingo até eu estava mal, mal, eu estava na casa daquela minha neta que estava aqui. Era umas 5 horas quando passou a dor, mas passou por causa do dorflex que eu tomei. Assim mesmo eu estou aqui, mas vocês não sabem o tanto que está doendo. Eu fui ontem e hoje na benzedeira. E eu me sinto bem melhor. Aquelas fisgadas assim, sabe? Porque essa mulher aí [benzedeira] curou até úlcera. Essa mulher é muito antiga, e a gente tem uma fé nela que só vendo, viu. Eu acredito. É importante. Não sei se vocês acreditam, cada um é cada um [...] Tudo é fé, né? Ela benze com oração. Ela vai benzendo com um galhinho de arruda, e vai passando assim. E depois ela ensina remédio

pra gente por. E ela é muito remedieira, ela dá cada remédio, menina! É muito bom! [...] Esse foi a benzedeira que me indicou. O rapaz estava com aquela disenteria, então sabe o que ela disse pra ele? 'O senhor tem mandioca de farinha em casa?' Ele falou 'tenho', 'da branca ou da torrada?', Ele falou 'da branca'. Mandou pegar duas colheres de farinha, pôr num copo de água fria e uma colher de açúcar, mexer bem e tomar. Falou 'amanhã você me conta se não vai cortar essa disenteria'. Ela é muito remedieira, demais, demais! Nossa, e como ajuda! Esse homem, esse rapaz aí que nós estamos falando, ele estava não sei quantos meses já. Mas é toda hora, toda hora, aquela água, sabe? E foi no médico, já fez exame e tudo, e nada corta essa disenteria dele. Ele está magro que só vendo. Então ela ensina muita coisa boa pra gente." (L17)

"Quando às vezes me dá um tipo de um gripinha, eu compro assim um antigripal e tomo aquilo. Às vezes, quando eu trabalhava, tinha dias que eu amanhecia tipo enfebrado, tremor de frio. E eu trabalhando sempre. Daí eu passava na botica, pedia uma injeção, não sei se era óleo canforado, a botica ficava na mesma linha que eu trabalho. Pagava cinco cruzeiros naquele tempo e pedia pro farmacêutico aplicar uma injeção no braço e ia trabalhar, no outro dia já estava bom. É óleo canforado, mas isso já faz anos, agora nem tenho tomado mais." (L1)

Os mais velhos ainda têm práticas religiosas como maneira de cuidar dos males que os afligem. É frequente o uso da água benta, até mesmo daquela que o padre benze durante as missas a que assistem pela televisão. O consumo da água ocorre ao longo do dia, com a ingestão de pequenos goles, ou ainda é passada no corpo, nas regiões que consideram necessárias.

"Quando foi no começo do mundo, Deus que criou o mundo, né? Ele não benzia, mas ele curava. E deixou a missão para a turma aí [padres]. Que nem agora, a gente pega essa água do padre Reginaldo, quem crê, a água é boa para lavar, tomar. Agora, quem não faz, conta [...] A água fica na garrafinha plástica aí enquanto tá acontecendo a missa, o padre benze, aí a gente toma e fica aí. Qualquer coisa nós tomamos essa água de novo. E qualquer coisa que passa pelo corpo, nós passamos a água no corpo também. A gente pega a água benzida todo o dia, toma e passa no corpo. O padre mesmo fala: 'ói, quando vocês tão com dor, pega aquela água e passa pelo corpo, onde tá doendo. Aonde você acha que tá diferente'. Como ele fala, né: 'eu sou uma pessoa igual a vocês', mas é o Espírito Santo que faz isso. Porque nós somos envolvidos com o Espírito Santo. A hora que ele voa, a gente também vai embora." (L2)

As práticas de cura popular são amplamente utilizadas, tanto por moradores da zona rural quanto da zona urbana, e abrangem o uso de plantas com propriedades curativas, bem como formas espirituais de cura, por meio de ritos que a ciência não explica. As benzedeiros e as donas de casa que cultivam as plantas

medicinais são chamadas de agentes da medicina popular, sendo geralmente respeitadas e prestigiadas no seio da comunidade onde residem (INEPAC, 2005).

### 5.3 DOMÍNIO CULTURAL 3 – PASSAGENS AO LONGO DO CURSO DE VIDA QUE SE REFLETIRAM NO CUIDADO DOS MAIS IDOSOS

Os longevos revelaram passagens ao longo do curso de vida, particularmente mais significativas quando os sinais da velhice começaram a se manifestar. Durante o processo de viver, passaram por constantes ciclos de perdas e renovações, de mudanças, conforme os seguintes termos incluídos: eu moro com a filha, ela cuida de mim; tem que tomar tudo isso de remédio; o nosso corpo muda; e agora o jeito de viver é outro (Quadros 8 e 9).

Termo incluído	Relação semântica	Termo coberto
Eu moro com a filha, ela cuida de mim Tem que tomar tudo isso de remédio O nosso corpo muda Agora o jeito de viver é outro	é um tipo de	passagem ao longo do curso de vida que refletiu no cuidado dos mais idosos.

QUADRO 8 – DOMÍNIO CULTURAL 3 – PASSAGENS AO LONGO DO CURSO DE VIDA QUE SE REFLETIRAM NO CUIDADO DOS MAIS IDOSOS.

Relação semântica inclusão: X é um tipo de Y.

Eu moro com a filha, ela cuida de mim	Morar com os filhos e netos após a viuvez Dividir o mesmo terreno com familiares Por motivos de saúde Receber familiar em seus domicílios
Tem que tomar tudo isso de remédio	Tomar remédio por conta Mudar a dosagem do medicamento Associar medicamento e remédios caseiros
O nosso corpo muda	Estar ressecado e com a urina solta Não poder comer carne seca Andar devagar Ainda não precisa de bengala
Agora o jeito de viver é outro	É comum descansar após o almoço Necessidade de realizar atividade física A alimentação é diferente Houve mudança de ambiente Banho, apenas quando “necessário”

	Prática religiosa que influencia hábitos saudáveis Antes a vida era mais tranquila
--	---

QUADRO 9 – TAXONOMIA CULTURAL 3 – PASSAGENS AO LONGO DO CURSO DE VIDA QUE SE REFLETIRAM NO CUIDADO DOS MAIS IDOSOS.

Os arranjos domiciliares, representados no termo incluído “eu moro com a filha, ela cuida de mim”, são alterados pelas necessidades recíprocas de seus membros, frequentemente consequências de perdas de familiares, como dos cônjuges dos mais idosos. Os integrantes da família, por suas características especiais de proximidade e convivência, estão mais bem equipados, num amplo sentido, para aliviar e tratar as privações advindas dessas perdas.

“Meu marido ficou muito doente e faleceu lá no hospital da Cruz Vermelha, e daí eu fiquei sozinha. Mas não fiquei sozinha de tudo porque o meu filho morava perto. Só que então ele foi morar em Foz do Iguaçu com a família dele, e então a minha filha foi lá e me trouxe pra cá, pra casa dela, pra cuidar de mim, porque eu estava muito sozinha lá [pausa].” (L14)

“Nós estávamos construindo lá [prédio comercial no qual o casal iria morar], quando aconteceu aquilo com o meu marido [faleceu atropelado por um trator]. O meu filho falou assim ‘e aí mãe, nós vamos continuar ou vamos parar? A senhora ainda vai querer morar aqui ou não?’. Eu falei: ‘não, sozinha eu não venho morar, porque era o sonho do meu marido morar lá também. Vocês podem continuar o trabalho e depois aluga ou faz qualquer outra coisa. Mas pra morar eu não quero’. E depois, aqui estava alugado, então eu aluguei um sobrado pra mim ali perto da padaria e fiquei um ano, até a inquilina que estava aqui desocupar. Aí quando a inquilina foi embora, eu passei pra cá. Porque a gente fica sozinha, né? Ela [filha] cuida de mim, eu cuido dela. Uma ajuda a outra, né? Eu moro nos fundos do terreno dela [pausa]. Eu vou falar a verdade [pausa], se eu tivesse que morar no que é meu mesmo assim, fora, seria bom. Mas eu prefiro morar com ela aqui, porque essa daqui é a minha segunda mãe, né? Eu me sinto mais segura aqui junto dela, nossa senhora! Ela se preocupa demais comigo, toda hora ‘oh mãe, de noite qualquer coisa me liga!’. Pois comprou até uma campainha pra eu ter uma aqui na cozinha e outra lá no quarto. Qualquer coisa se eu me sentir mal, eu só aperto e ela vem correndo. Ela se preocupa demais comigo!” (L17).

Na concepção da maioria das longevas viúvas, o casamento é algo único e deve ser mantido a qualquer custo, com muita paciência e dedicação. Todas as viúvas, ao se referirem aos cônjuges, os chamavam de “falecido”, e não mais esposo, marido ou mesmo pelo nome.

“Fui ensinada assim que o casamento é um só, para toda a vida! Por isso a gente tem que fazer por onde, para manter sempre o casamento! Tem que ter muita paciência, mas a mulher tem que ser educada para isso também [...]. Hoje a gente vê muitos casais aí que se casam em um dia, no outro

estão desquitados! Minha mãe me ensinou, e assim foi para as minhas irmãs também, que o casamento é uma das coisas mais importantes! Depois que o falecido morreu, minha vida foi cuidar dos filhos [...] mas eu ainda respeito muito o falecido! Não fico aí na vizinhança falando da vida dos outros, e nem dou motivo para falarem da minha [...] não pinto as unhas de vermelho, sinal de respeito, né [...] o falecido morreu há quatro anos, mas parece que foi ontem, tem que respeitar!” (L16).

Durante uma das entrevistas com um longevo casado com uma mulher mais nova (diferença de 23 anos), o longevo comentou que não tem ciúmes da esposa, e que inclusive ela pode arranjar outro marido quando ele falecer. A mulher, embaraçada com aquele discurso, deu risada e balançou a cabeça dizendo “não [...]”. (Diário de campo, visita ao L11, junho de 2012).

De acordo com Ussel (2001, p.93), “a viuvez é considerada um dos acontecimentos mais trágicos para os idosos, pois revela que a relação amorosa chegou ao fim, ganhando contornos muito dolorosos que dificilmente conseguem ultrapassar”. O autor afirma que, quando a viuvez ocorre em idade avançada, os idosos ficam ainda mais sozinhos, pois os filhos geralmente já não residem com o casal. Os viúvos precisam então se adaptar a uma nova rotina de vida, seja a de morar sozinho ou a de residir com os filhos.

O sofrimento, seja ele qual for, não está alheio ao ser humano e representa a manifestação de sua vulnerabilidade. Diante da impossibilidade de distanciamento do sofrimento, o indivíduo encontra-se arraigado a seu contexto e à sua dor, e desse modo teme a morte, o desamparo, e se sente inseguro. Esse sentimento pode estar relacionado ao fato de “estar sozinho, à dor da velhice, ao sofrimento do desamor, à dor pela ausência de alguém” (ROSELLÓ, 2009, p. 43).

Em estudo acerca do perfil sociodemográfico e clínico dos idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde mostrou que os que residem em domicílios multigeracionais comumente se encontram em estado de viuvez, pobreza e maior dependência funcional (VICTOR, XIMENES, ALMEIDA *et al.*, 2009). Os autores destacam que esse aspecto representa um arranjo para garantir a sobrevivência dos membros da família.

No entanto, foi percebido entre os membros familiares dos mais idosos que o modo como é dado o apoio revela a cultura familiar de pertencimento. Os envolvimento e as opções de enfrentamento deles, diante de situações de perdas, dependem de crenças, hábitos e valores que têm e que foram desenvolvidos e transmitidos no seio familiar.

A necessidade de arranjo familiar também foi acompanhada por motivos de doença, sendo os mais velhos levados para morar no mesmo terreno dos filhos, seja nos fundos da casa ou em cômodos construídos recentemente para adequar a moradia dos longevos.

Enquanto conversava com a longeva, a filha dela sentou-se na cadeira ao lado e ficou escutando. Para alguns assuntos, a filha complementava situações expostas pela longeva, como o fato de ela ter se mudado para o mesmo terreno após a viuvez e também por motivo de doença. A longeva disse: “minha filha não queria que eu ficasse lá sozinha, um pouco também porque eu tenho problema na vista, né, não era bom ficar sem alguém por perto [...]” (L14). Então a filha concluiu: “isso! A mãe já não enxerga muito bem, e eu não poderia deixar ela lá, com risco de cair e não ter alguém para acudir! Mas o principal motivo mesmo é para ela não ficar sozinha [...] ela já estava muito solitária depois que o pai faleceu!” (Filha da L14). (Diário de campo, agosto de 2012).

Embora na maioria das famílias participantes do estudo o arranjo domiciliar tenha ocorrido em função da maior proteção e cuidado ao longevo, a convivência no mesmo domicílio entre avós, pais e netos pode ser desencadeadora de conflitos. As diferenças entre as gerações são motivos que contribuem para desestabilizar laços afetivos, como pode ser observado na família de uma informante geral. Após algumas discussões com as netas, a longeva decidiu morar sozinha e não visitar mais a filha para interromper com o ciclo de intrigas e divergência de opiniões.

“Olha! te digo o seguinte, para não discutir e também não ver coisa errada, eu não vou mais na casa da minha filha. Ver minhas netas, fazer coisas erradas, sabe [...] não são nem casadas e levam os namorados para dormir lá, cada mês em mês já mudaram de namorado, sabe como? Então eu chamava atenção delas, e elas batiam boca comigo! O tempo de hoje tá mudado, não é como antigamente! E como não sou a dona da casa lá, né, então achei melhor não ir mais pra lá. Só que aí, minha filha também não vem mais aqui e eu fico a maior parte do tempo sozinha.” (L18)

Para Roselló (2009), o ser humano é uma estrutura aberta à realidade do outro, e estabelece vínculos de vida com seu próximo, de modo conatural. No entanto, no aspecto afetivo, existem relações que duelam, e uma relação desequilibrada ou desordenada é então convertida em uma má relação, o que resulta no sofrimento interpessoal. Trata-se de um sofrimento que não tem origem no ser humano em si mesmo, mas no atrito com outro ser humano, na textura das relações.



De acordo com Victor, Ximenes, Almeida *et al.* (2009, p.52), esses conflitos familiares ainda podem ser desencadeados quando “os idosos que assumem os cuidados dos netos se obrigam a cumprir uma rotina árdua, já vivenciada com os filhos”. Por sua vez, a decisão de cuidar dos netos pode não partir dos longevos, o que compromete a associação positiva entre a multigeracionalidade e a proteção do idoso.

Esse aspecto foi observado em um domicílio no qual o neto (27 anos) decidiu morar com a longeva sem o consentimento da mãe. De acordo com a participante (L18), o neto está escondido em sua casa há alguns meses e não colabora com o pagamento das contas. A mais idosa necessita manter parte da alimentação chaveada em seu quarto, pois o neto “não tem controle” e a deixa sem comida, como pode ser observado no seguinte depoimento.

“Faz favor de chegar aqui na cozinha que eu vou preparar um café para vocês. Só que não liga não que as coisas da despensa, a maioria tem que ficar chaveada no meu quarto, sabe? É que meu neto que tá morando aqui comigo chega e ele não tem controle assim sabe, se deixar tudo às vistas, ele come tudo e não deixa pra mim! E pensa que ele vai comprar comida para pôr aqui dentro de casa? Vai nada! Mal e mal ajuda com dez, vinte reais no mês e olhe lá! Tenho trancado ali no quarto leite, bolacha, pacote de biscoito de polvilho, às vezes umas frutas. Só não tranco o arroz, feijão, essas coisas, até porque ele não cozinha mesmo, então não vai ‘sumir’ daqui [risos].” (L18)

Mesmo nessa situação, a longeva declarou que prefere estar nessas condições e ter a companhia do neto durante a noite, a ficar sozinha em casa. No período noturno, disse que tudo fica mais difícil e se sente muito solitária.

“Eu sei que é difícil minha situação, de ter que esconder a comida, né [...] parece que é egoísmo, mas não sou egoísta não! Só que ainda desse jeito, aos trancos e barrancos como diz o outro, eu prefiro, sabe, a companhia do meu neto aqui comigo. Ah! Não sei [...] quando chega à noite, me dá uma angústia assim, um aperto no coração, que meu Deus! Aí eu sabendo que ele vai tá aqui em casa, comigo, ele dorme aqui na sala, nesse colchão que tá de pé, atrás do sofá que você tá sentada! Eu sabendo que ele tá aqui, me sinto melhor sabe? Sei lá, não sei se a gente tem medo que aconteça alguma coisa, e não tenha ninguém pra socorrer a gente. Eu custei, mas essa semana eu fiz uma cópia da chave de casa para ele, só espero que ele venha mesmo para casa à noite, né [...] Menina, estou até fazendo comida com mais sal agora por causa dele, e eu não posso muito com sal, acho até que estou piorando por causa disso, do sal na comida, mas fazer o quê! Eu não quero que o neto vá embora e me deixe sozinha.” (L18).

Ao se formar a família, seus membros trazem consigo suas forças biológicas e emocionais, bem como suas vulnerabilidades, seus valores e seus hábitos de saúde, sendo o estado de saúde de cada família único e distinto. À medida que os conflitos surgem, os membros negociam e barganham, tornando a configuração inicial do estado de saúde mais específica daquela família (MAURIN *apud* ELSEN, 1994).

São várias as situações que levam ao sentimento de solidão e angústia nas pessoas idosas, sensações essas que parecem piorar ao cair da noite, e que podem representar a “síndrome do pôr do sol”, considerada em geriatria como alterações neurológicas e degenerativas em idosos. A síndrome leva os idosos a um agravamento dos seus sintomas no final da tarde e durante a noite, sem causa aparente. Neste período, é comum que haja maior número de episódios de delírios, confusão mental e dificuldades para dormir. Embora também possam expressar alguns sentimentos frequentes nos mais idosos, como os apontados pelos autores:

o não saber lidar com as recordações, a saudade do cônjuge e dos momentos íntimos com ele, depressão, aborrecimento com a vida acompanhado por pensamentos negativos, o sentimento de incerteza da sua vida futura. Tudo isto quando mal gerido pode culminar no suicídio, o voltar a um lar solitário ao fim do dia, **os medos durante a noite** e a falta de recursos de distração durante o dia (USSEL, 2001, p.105, grifo nosso).

muitas vezes os idosos veem-se abandonados, entregues à solidão, mergulhados nessa frustração relativa que resulta de projetos antecipados (uma velhice tranquila) e denegados (uma vida sem sentido). Nessas circunstâncias, a esperança em relação ao futuro esmorece-se ou anula-se por força do medo e da angústia (PAIS, 2012).

Esses aspectos ressaltam a vulnerabilidade dos seres humanos, um ser quebradiço, cuja integridade está à mercê de elementos externos e internos. Esse ser pluridimensional está “constantemente ameaçado por elementos próprios e alheios: a enfermidade, o sofrimento, a velhice, a exclusão, a marginalização e o abandono, por exemplo. As questões do sofrimento, da velhice e da morte são, talvez, as questões chave na filosofia ocidental” (ROSELLÓ, 2009, p. 58-59).

Quando os membros familiares configuram um grupo afetivo, possuidores de um “estado de saúde”, que favorece o desenvolvimento das capacidades de seus mais velhos, proveem recursos, dão apoio, protegem e não permitem que fiquem descuidados, eles promovem melhor qualidade de vida - mesmo para os mais

idosos que estão fragilizados pela doença ou até mesmo pelo próprio envelhecimento.

Apesar das ameaças, imposições por parte das contingências da vida, o ser humano pode apropriar-se intelectualmente da vulnerabilidade, o que não significa dominá-la, mas tomar consciência dessa fragilidade e buscar formas para enfrentá-la. É isso que permite ao indivíduo superar obstáculos, bem como se adaptar às diferentes mudanças que ocorrem ao longo da vida (ROSELLÓ, 2009).

O mais idoso tem na família o seu mais importante sustento para superar as adversidades, como afirma Alcântara (2007) em estudo etnográfico cujo objetivo foi analisar o idoso no contexto familiar em seu processo de saúde e envelhecimento, em um bairro do município de Natal/RN. A autora identificou condições sociais mínimas de vida e rearranjos familiares, expressos por meio da convivência plurigeracional e observou relações de conflito entre os membros, em uma condição suportável de convivência. No entanto, embora estejam presentes os conflitos, o apoio para a resolução de problemas e para a atenção à saúde dos idosos foi proveniente dos familiares, de modo que a família é um suporte de apoio necessário à pessoa idosa.

O tratamento medicamentoso, ressaltado no termo incluído “tem que tomar tudo isso de remédio”, foi mencionado pelos mais velhos como uma passagem ao longo da vida que requer adaptação. A medicalização da doença é uma medida imposta pelos profissionais da saúde aos mais idosos, frequentemente alterada pela automedicação. São encontrados os mais diversos modos de ingestão dos medicamentos, assim como de dosagem e associações aos remédios caseiros, diferentes dos modos orientados na cultura de cuidados profissionais.

Pensar os medicamentos sob uma perspectiva antropológica requer que se proceda a uma investigação sobre o seu sentido social e simbólico, dirigindo o olhar para os agentes e os âmbitos envolvidos em sua produção, divulgação e consumo (LEITE; VASCONSELLOS, 2010, p.18).

O medicamento abarca um conjunto de simbolismos que ultrapassa o seu valor farmacológico e influencia diretamente suas formas de utilização, como se pode constatar:

“A única coisa que eu sinto de vez em quando é tontura na cabeça, né? Então, para essa tontura eu já tenho o remédio, já tomo, não foi receitado,

mas eu tomo por conta e já passa. Mas tomar remédio todo dia, todo dia, graças a Deus eu não preciso. Agora, meu velho, meu velho tem que tomar remédio todo dia!” (L2)

“Como eu me cuido? Ah, eu tomo os meus remédios, né. Ficam todos aqui, separadinhos, não tem erro! Esse aqui é para o coração, esse aqui para afinar o sangue, esse outro acho que é pro colesterol, não lembro, mas eu já sei certinho os horários, não esqueço não!” (L3)

“Sabe o que eu faço? Eu vou tomando só a metade. Pois é, o comprimido custou a dissolver no estômago, daí eu fiquei ruim, meio que desmaiei. Então a filha teve que chamar a Eco. Daí pensei: ‘não, sabe o quê? Não vou mais tomar ele inteiro!’. Eu não sei se eu estou certa ou estou errada, mas eu estou tomando só a metade, e acho que tá me fazendo melhor.” (L14)

“Eu tomo os comprimidos que o médico receitou, né, mas não largo dos meus remédios caseiros, que toda vida eles que cuidaram da gente assim, com chá, coisa caseira mesmo, do mato! Eu não troco, mas também não deixo de tomar os comprimidos, entende?” (L10)

No contexto da atenção à saúde, os medicamentos têm adquirido o status de símbolo de saúde, representando a materialização do desejado “completo estado de bem-estar”, e têm sido consumidos como mercadoria (LEFEVRE, 1991). Muito mais que instrumento técnico de intervenção médica sobre processos fisiopatológicos, o “medicamento é um fato social”, um “objeto plural que luta por ser moderno e científico” (PERINI; ACURCIO, 2001, p.7).

O medicamento rompeu as fronteiras do “campo da saúde” para integrar-se à sociedade como “objeto de adoración y de ódio al mismo tiempo, el tipo de relación que se establece cuando um objeto no resulta indiferente” (BAÑOS DIEZ; FARRÉ ALBALEDEJO *apud* LEITE; VASCONSELLOS, 2010, p.19).

Estudo desenvolvido por Doran, Robertson e Henry (2005) revela que os usuários desenvolvem uma relação ambivalente com os medicamentos, uma mistura de desejo e antipatia, fé e suspeita, revelando estes produtos como substâncias farmacológica simbolicamente potentes. Para os usuários, os medicamentos têm caráter de bem de consumo, mas são bens qualitativamente diferentes, simbolizam potentes remédios para os problemas e perigosas e misteriosas substâncias.

Os longevos ressaltaram, ainda, que “o nosso corpo muda”, são alterações fisiológicas e físicas, que necessitaram de adaptação ao longo dos anos, entre elas as eliminações fecais e urinárias. Essas alterações exigem cuidados, e os mais idosos, comumente se utilizam de meios caseiros.

“Ah, eu vou ao banheiro uma porção de vezes. Sabe por quê? Por causa de tomar muito chá ou muita água, ah, aí eu tenho que ir, né? Me acordo e tenho que ir. Só que é ruim de deitar e levantar. Que a gente já não tem aquela força, né, por causa da coluna, fica difícil. O intestino funciona bem, hoje ameaçou mas ainda não fui, mas ontem eu fui sim, é pelo menos uma vez por dia. Tem vezes que não sei se é os remédios, sei lá, sei que fico constipada, menina! Olha, é duro viu. Fico ressecada, aí tenho que tomar aqueles óleos, óleo de cozinha até, aquele de oliva, é ruim o gosto, mas ajuda a funcionar sabe? E a urina, essa quase sempre tá solta, tem que correr no banheiro, e às vezes não dá tempo”. (L14)

A maioria dos longevos são edentados e faz uso de prótese dentária parcial e ou total. De acordo com eles, elas são higienizadas antes de dormir, e pernoitam em recipientes próprios, como pode ser observado no seguinte discurso:

“eu ainda tenho alguns dentes, uns três ou quatro, né? Esses são meus, apesar de que os outros também são, né, porque eu paguei [risos]. Esses daqui são os meus, dá pra notar, né? E aqui tem dois ainda e aqui também tem dois. Os outros são da dentadura, tenho ponte móvel. De noite escovo bem e guardo em um potinho, para de manhã pôr de novo. Porque estou indo bem, de repente ela pode sair durante a noite. A de baixo não é tão fácil de sair, mas a de cima, pode sair, e daí me afoga né? Comigo nunca aconteceu, mas tem gente que já se afogou com a dentadura! De noite eu lavo bem, com a escova de dente e bastante pasta de dente. Enxáguo bem e guardo em um potinho, mas não ponho água junto. Daí de manhã eu ponho de novo, coloco direto e ela ainda está com gosto de pasta de dente.” (L14)

Alguns mais velhos não fazem o uso prótese e se adaptaram à perda dos dentes, pois entendem o edentulismo como algo natural do envelhecimento e não como um prejuízo que poderia ser reparado. Dessa forma, deixam de comer alguns alimentos devido à dificuldade na mastigação.

“Já não tenho mais dentes para comer carne seca” [risos]. (L8).

Devido aos poucos dentes presentes (quatro na parte inferior e três na parte superior), o longevo apresenta a dentição prejudicada, o que interfere em sua alimentação. De acordo com o idoso, a carne é comumente cozida em panela de pressão, para facilitar a mastigação. (Diário de campo, L1, março de 2012).

A idosa em idade avançada utiliza prótese dentária parcial por conta da ausência de alguns dentes laterais. Referiu que deixou de comer maçã e frutas que são mais consistentes, devido à dificuldade de mastigá-las, e que agora optou pela mimososa, também conhecida como poncã, e pela banana e melancia. (Diário de campo, L7, abril de 2012).

“ainda tenho alguns dentes, e uso uma ponte. Será que foi por que eu tomava leite de vaca? [risos]” (L14).

De acordo com o estudo transversal de Moreira, Nico e Tomita (2011), que investigaram os fatores associados ao edentulismo e à distribuição espacial da perda dentária em 372 idosos de 60 anos ou mais do Município de Botucatu, São Paulo, o edentulismo teve prevalência no grupo de idosos com baixa escolaridade e idade avançada. Os autores comentam que o edentulismo está fortemente associado à idade e parece ser uma tendência universal:

criando no imaginário social a velha figura do idoso desdentado e a aceitação da perda dentária como uma evolução natural da dentição humana, mais ou menos no sentido de “nascemos sem dentes e morremos sem dentes”. Com efeito, a perda dentária nos grupos mais velhos expressa o resultado do processo cumulativo da cárie e doença periodontal e não apenas o efeito cronológico, mesmo com o gradual processo de envelhecimento e enfraquecimento das estruturas de suporte dentário (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2011, p.2050).

Outro aspecto funcional de passagem ao longo do curso de vida é a lentificação da marcha, que se reflete nos cuidados dos mais idosos. A necessidade de uma tecnologia assistiva, como a bengala, foi elucidada como um mecanismo que auxilia no andar, no entanto, é algo que os longevos agradecem a Deus por não precisar.

“Pois é, eu sempre penso assim ‘mas eu estou com 90 anos. Nossa! Como é que eu cheguei até agora?’ E mais bonito é que eu era assim uma pessoa ligeirinha, quando eu ia andar lá na rua, que agora eu não ando mais. Aí eu digo assim ‘cadê aquela mulher que andava tão ligeirinha e elegante? Que agora parece uma gordinha assim, devagar e sempre!’ Ainda não precisa bengala, graças a Deus, ainda estou andando. Digo assim ‘mas que coisa, você está velha mesmo, hein?!’ [risos]”. (L14)

“Não faz tanto tempo que eu comecei a usar a bengala, foi quando começou a aumentar o problema. Como a idade vai aumentando, a hora que eu achei que não tinha mais firmeza, aí eu passei a usar. Eu uso para evitar queda. Se não tivesse bengala, eu já tinha caído tanto, volta e meia eu estou tropeçando. Porque ando meio com os pés arrastando assim, qualquer coisinha. Por isso é para ter mais firmeza. E com a bengala eu consigo andar assim. A artrose agravou há uns cinco anos, mais ou menos. Mas cada vez aumenta mais, é que eu estou tomando remédio, mas o remédio é mais para tirar um pouco da dor, não é para sarar, porque ela seca a cartilagem, não tem mais jeito, só se chegar, descobrir um negócio de repor cartilagem, daí sim. Mas não repondo, como é que vai melhorar? Aí não tem jeito mesmo! Eu comecei a usar a bengala depois que o meu filho me deu, teve uma época que eu não queria usar. Eu achava que não era necessário. Mas depois, meu filho comprou pra mim, e ele diz ‘viu pai, é melhor usar,

para evitar cair', eu sou muito assim de aceitar as coisas. Digo 'é! Vou usar!'. Faz uns dez anos que eu uso, na época estava bem melhor, hoje em dia não vivo sem a bengala. Na época que eu comecei, estava bem forte, era mais assim para prevenção, né? Até porque é uma doença que vai aos pouquinhos! Agora que já estou com 72 [risos, por brincar em diminuir a idade], já estou meio velhinho, então eu tenho que usar, né?". (L11)

De acordo com Graeff (2005), em estudo antropológico cujo objetivo foi formular um conceito de cultura asilar com base na análise das condições de vida e do processo de envelhecimento de seus moradores, o corpo humano é o suporte primário para as comunicações sociais. As formas de o idoso se deslocar no espaço, as maneiras de andar (com ou sem bengala, arrastando os pés no chão, apoiando-se em um andador ou em alguém, ou ainda em cadeira de rodas) são códigos transmitidos por meio do corpo, que indicam as diferentes formas de envelhecer.

Alguns mais idosos poderiam se beneficiar das caminhadas com o uso da bengala, principalmente aqueles que já não saem de casa em razão das dificuldades na marcha, ou que não frequentam alguns lugares pela dificuldade de acesso. Contudo, muitos deles rejeitam a bengala pelo estigma (sinal) que ela representa, que é a velhice. Desse modo, é percebível o preconceito que a sociedade apresenta sobre o envelhecimento das pessoas, que também se manifesta no próprio longo.

"Agora o jeito de viver é outro" foi o último termo incluído no domínio cultural, como passagens no decorrer da velhice que se refletiram no cuidado à saúde dos idosos mais idosos. A maioria dos participantes mencionou o descanso, principalmente após o almoço, como parte de sua rotina atual:

"lavo a minha loucinha e daí eu me deito na cama, mas como esses dias está muito frio, eu me sento ali na poltrona e me cubro assim, com o meu cueiro. Que esses dias eu ganhei uns cueiros. Daí eu me cubro assim e dou um cochilão. Depois eu levanto. Só descanso uma meia hora, uma hora. Não gosto de ficar muito tempo deitada. Que é melhor descansar mais de noite, assim, daí já dorme direto." (L14)

"ah, depois do almoço, deito no sofá e fico lá olhando pro teto [...]. Até uma e pouco, duas horas da tarde. Eu escuto tudo o que ela [esposa] faz, só cochilo, só pra descansar as meninas dos olhos. Os antigos que diziam: 'cochilou o cachimbo cai' [risos]. Aí depois eu fico na rede aí, na varanda. Vou lá embaixo, na rua ali, sento naquele murinho. Depois venho para dentro, descansado." (L3)

"eu me cuido bem, agora depois de velha, eu acabo de almoçar e vou tirar a minha soneca, uma horinha, tá bom já. Porque antes de aposentar, não tinha como, né, a gente vê assim, quem tem que estar na lida, trabalhando aí, não tem como descansar assim depois do almoço." (L9)

“eu almoço, depois levo a menina [neta] no colégio. Daí eu deito e durmo. Bem dizer, tiro uma soneca, né? E depois fico sentado por aí, no quintal da casa.” (L10)

Outra mudança na vida dos mais velhos está relacionada à prática de atividade física, adquirida após situações específicas como um acidente vascular cerebral e por orientações médicas:

“ando meio manco, depois dessa infecção então ficou pior. Uma perna já ficou dura, tempo do frio arrastava a perna no chão, mas agora estou movimentando bem. Eu faço muito exercício de manhã cedo, né? Mas se eu não faço exercício, a perna fica dura. Fico por aí, faço exercício na grade, sento na poltrona, na cadeira lá fora. Aí chega a filha e nós batemos papo e coisa. [...] E eu fico sapeando por aí. Às vezes vou lá pra trás, no lote. Fico andando até no portão. Primeiro eu andava ainda umas cinco ou seis quadras, depois que deu essa infecção, eu já andei também, mas foi uns dois dias só. Eu preciso pegar e andar, ver se espicha um pouco os nervos, né? Eu tenho um portão ali na churrasqueira, eu levanto de manhã cedo, eu agarro lá até bater o bumbum no chão. Faço tipo flexões, umas 15 ou 20 repetições. Depois com os braços, pego na grade e faço força com um braço, depois com o outro, para recuperar as forças dos braços. Porque o braço, se eu pegar uma coisa cheia [pesada] assim com a mão, ele tem força. Mas esse dedo e esse dedo aqui ó, nem pra abotoar um botão ele não me ajuda. E tem uma pracinha aqui embaixo, que a prefeitura pôs lá uns oito tipos de aparelho. Antes de me dar o derrame eu ia só umas duas vezes por semana fazer exercícios lá, né? Agora depois do derrame é todo dia. Se não vou na pracinha, faço aqui na grade do portão mesmo. Subo, levanto assim, com os pés. Eu acho que daqui uns 15 dias já dá pra ir lá na pracinha, estou esperando melhorar bem da infecção. Eu acho que o exercício que eu faço ajuda a cuidar da saúde, porque se eu não fizer isso com as pernas, eu não ando, porque esse joelho e esse pé, essa junta, tem dias que incha para danar. Se eu não fizer exercícios com esses pés, eu quase não consigo andar. E eu fazendo isso todos os dias, eu vou daqui até para cima ali, na rua que vai no posto. Esse exercício que eu faço é porque eu fazia fisioterapia também, e lá eles falavam pra eu fazer esses exercícios em casa. Faço desde que tive o derrame, todo dia. Todo dia que eu posso estar de pé, eu faço exercício!” (L15)

Os hábitos alimentares também foram modificados no decorrer dos anos, os longevos passaram a preferir os alimentos cozidos pela facilidade na mastigação. Ainda, alegam que utilizam pouca gordura, moderada quantidade de sal, evitam as frituras e cuidam para não exagerar nos temperos. Outra modificação mencionada por alguns participantes está relacionada à quantidade de água que estão ingerindo. Reconhecem a importância, no entanto, reduziram a ingestão de líquidos para evitar as frequentes idas ao banheiro.



“Porque eu não faço coisas assim, que eu não consigo comer direito, e também coisas que pode não me fazer bem. Eu, primeiro, gostava muito quando estava descascando cenoura, comer cenoura crua. Gostava muito de ficar roendo [risos]. Gosto muito também quando corto repolho, ficar comendo o repolhinho assim, é tão gostoso. Agora eu não como mais coisa crua, só cozida. Outra que o estômago não aceita. Ah, eu também não coloco muita gordura. Você veja só, um vidro desses de azeite dura dois meses aqui em casa. Eu uso azeite, do comum. Azeite de oliva eu não gosto do sabor. Uso azeite comum, de soja. E temperos, eu não uso muito exagerado, eu ponho só sal. Pimenta, eu não ponho. Faz anos já que pimenta não me faz bem, daí não comprei mais. Ah, massa de tomate o médico me proibiu de comprar, então eu nunca mais coloquei. Então eu frito bem a cebola, ou então o tomate, às vezes ainda bato no liquidificador. Quer dizer, eu aprendi com a minha filha. A gente ensina uma coisa e eles ensinam outra pra gente, né? Bate no liquidificador o tomate com a cebola, daí fica bem grossinho, né? Daí põe na carne depois.” (L14)

“Eu como pão, como bolacha. Eu pego pão, nós compramos queijo, mortadela. Com o sal eu não posso, me faz um mal, fica aqui na minha garganta, o queijo tudo bem, o queijo não tem muito sal, mas a mortadela [...] Vixe! Fica o sal na minha garganta. Aí eu tenho que levantar e fazer chá, mate leão, eu tomo bastante mate leão. A médica disse ‘tem que tomar bastante água’. E se eu não tenho sede e tomo muita água, aí não saio do banheiro. A médica disse ‘então tem preguiça de ir no banheiro é?’ Eu fiquei quieta, ia dizer o quê?” (L5)

“Não estou mais tomando tanto chá, porque agora eu tomo mais café, daí não tenho que ir tanto ao banheiro. Com o chá, tinha que ir ao banheiro a cada instante. O chá de mate eu gosto muito, mas ultimamente ele estava me dando azia, por isso, também parei.” (L14)

Os símbolos e significados que compõem a cultura familiar dos mais idosos agem sobre a alimentação. Desse modo, as preferências alimentares são vistas não apenas como substância alimentar, mas, sobretudo, como um modo, um estilo, um jeito de se alimentar. Jeito de comer que define não só aquilo que é ingerido como também aquele que o ingere (BRAGA, 2004).

Uma das longevas mudou a alimentação depois de descobrir um problema cardiovascular, reduziu as frituras e acrescentou frutas e cereais à sua dieta de rotina.

“Ah, eu comia bastante bolinho assim. Fazia bolinho de tudo que é jeito. Bolinho de batata doce, bolinho de batata salsa, bolinho só de batata. Assim, rala a batata e põe um pouquinho de sal e faz uns bolinhos. De aipim, rala o aipim e põe um pouquinho de sal e mexe bem, daí frita. É uma delícia, né? Depois que eu descobri esses problemas de coração, parei com as frituras, porque não quero ficar aí em cima da cama, precisando de alguém para cuidar de mim! Então comecei a comer mais frutas. Hoje eu como a banana, mastigo bem. Que eu tenho que mastigar tudo bem, porque já estou mais velha e o estômago não faz a mesma digestão. Na hora do almoço às vezes eu esquento a comida que eu faço de um dia para o outro,

daí eu ponho a banana dos lados assim da frigideira, tiro toda a comida e deixo a banana ali. Depois eu ponho ela no prato, coloco aveia e daí como assim. Fica gostoso, e mais saudável que as frituras, né.” (L14)

Nossos hábitos alimentares fazem parte de um sistema cultural repleto de símbolos, significados e classificações, de modo que nenhum alimento está livre das associações culturais que a sociedade lhes atribui. Nesse caminho, vale dizer que essas associações determinam aquilo que comemos. É possível, ainda, argumentar que a cultura alimentar é constituída pelos hábitos em um domínio em que a tradição e a inovação têm a mesma importância. Ou seja, a cultura alimentar não diz respeito apenas àquilo que tem raízes históricas, mas, principalmente, aos nossos hábitos cotidianos, que são compostos pelo que é tradicional e pelo que se constitui como novos hábitos (BRAGA, 2004).

O que se come, quando, com quem, por que e por quem é determinado culturalmente, transformando o alimento (substância nutritiva) em comida. Outro aspecto do papel da cultura na alimentação está na formação do gosto. Experiências de culturas em particular afetam a maneira como os indivíduos concebem e classificam as qualidades do gosto e como se formam as preferências pelos sabores (doce, amargo, salgado, picante etc.), tanto individualmente quanto de populações.

A mudança de ambiente também foi elucidada como uma passagem que se reflete no cuidado com a saúde, à medida que os longevos e seus familiares buscam um ar “mais puro”. Essa busca foi evidenciada no ato de se mudar para outro bairro da cidade, bem como manter a casa arejada e não frequentar lugares fechados, nos quais havia a presença constante de fumaça de cigarro, como nos antigos bingos.

“Primeiro que a minha mãe não abria a casa, né, quando ela morava lá na Vila Fanny, naquele ambiente tinha os caminhões, né? O ar era poluído. Daí o médico falou que ela ficou cardíaca e que ela não podia mais morar sozinha, então o meu irmão comprou madeira e foi construída essa casa aqui pra ela. Outra questão é que ela ficava no bingo, que era um ambiente fechado, por causa do cigarro e tudo, né? Ela não fumava, mas por causa do ambiente que ela frequentava, ficou com esses problemas de saúde. Por- que antes não tinha essa lei que proíbe fumar em lugar fechado. Então, trazer ela para cá ajudou bastante, agora ela tem pouca tosse, respira melhor sabe!” (Filha da L14)

A higiene pessoal foi mencionada pelos mais velhos e seus familiares. Muitos dos participantes ressaltaram o período da tarde como o melhor horário para tomar banho, pois “não está nem muito frio, nem muito calor” (L10). O banho foi referido

como uma prática de cuidado realizada antes de sair de casa, por exemplo, para as consultas médicas ou para ir à igreja.

No entanto, alguns longevos referem que o banho é desnecessário, “para que tanto banho?”, ao considerar que não foram trabalhar na roça, só ficaram dentro de casa. Ainda, a filha de uma das idosas mencionou a dificuldade em cortar as unhas dos pés da mãe, porque a longeva desconsidera essa prática de cuidado e justifica que as temperaturas da cidade estão baixas para essa atividade.

“Mas eu adoro levantar cedo, porque o serviço vai, não vai? Porque o dia amanhece cedo, né? Então é muito bom. Daí chega de tarde, é a hora do banho. Às vezes, eu tomo banho de manhã, quando eu vou sair, se eu vou à igreja é de manhã, se eu preciso ir pra cidade eu tomo banho de manhã.” (L19)

“Ah, tomo banho sim. E lavo bem as partes púbicas. O meu filho diz ‘mãe, então quer dizer que a senhora ainda sabe lavar as partes púbicas?’, digo ‘é claro que sei!’. Eu prefiro tomar banho assim, três horas, três e meia da tarde, que ainda tá quente o dia. Mas eu tenho aquecedor também, porque a cidade é fria. Então eu coloco o aquecedor assim, e ele me esquenta toda a casa e eu fico bem quentinha. Eu não lavo o cabelo todo dia não. Agora já faz desde sábado que eu não lavo. Não posso estragar o penteado. Mas banho eu tomo todo dia. Minha filha que fala: ‘uma hora passa mal, daí vem o médico aí ou tem que levar pro médico, daí já pensou? Como diz italiano, fica com cheiro de pizza ruim’. Deus o livre!” (L14)

“Ah, pra que tanto banho? Pra que eu vou tomar banho se eu não trabalho, não fui pra roça! Só fico aí zanzando. Minha velha que me diz ‘vai tomar banho’. Eu falo ‘toma um cheiro aqui nega, olha aqui, vê se eu estou cheirando ruim!’ [risos]. Ela diz pra mim que ‘não é à toa que você deita na cama e tá cheirando, né? E vamos saber se dormindo não vai embora!’. Ela acha que eu posso ir embora [morrer] dormindo, e estar fedido. Aí eu digo que tá certo. Tomo mais assim, de tarde, de noite, ou o horário que der. Mas de manhã não tem chance. E de tarde também não tem chance. Só quando tem que sair de manhã cedo, daí tomo banho, por exemplo, assim, para ir no médico.” (L3)

“Bom, eu sempre estou fazendo as unhas dela, mesmo que ela não vá às festas, eu sempre faço. Só que eu tenho que caçar um pouco para cortar as unhas do pé, sabe como? [risos]. Ela fica me dizendo: ‘não precisa cortar, está muito frio!’. Se deixar, a bichinha escapa!” (Filha de L14)

Lenardt, Willig, Silva e colaboradores (2006), em estudo etnográfico cujo objetivo foi caracterizar a cultura de cuidados dos profissionais de saúde aos idosos de uma instituição de longa permanência, revelaram que as práticas e as necessidades de higiene podem variar com a idade e com os valores culturais dos idosos.

As práticas e as necessidades de higiene podem variar com a idade, com os valores culturais e os problemas de saúde. A higiene reporta-se a práticas que promovem a saúde por meio da limpeza pessoal, como o banho, a escovação dos dentes, a limpeza e manutenção das unhas dos pés e das mãos e lavar e pentear os cabelos. O banho promove a restauração da limpeza, remove o suor, oleosidade, a poeira e os microrganismos da pele. A eliminação de odores desagradáveis do organismo, diminuição do potencial de infecções, estimulação da circulação, sensação refrescante, relaxamento e melhora da autoimagem são considerados benefícios proporcionados pela higiene corporal (LENARDT; WILLIG; SILVA *et al.*, 2006, p.120).

Os mais velhos apontaram, ainda, práticas religiosas que influenciaram hábitos de vida saudáveis. Foi citada a interrupção do hábito de fumar e de ingerir bebida alcoólica, associada à conversão para a religião evangélica. De acordo com o longevo (L1), esse foi um dos motivos pelo qual alcançou a longevidade.

“Eu fui um mau exemplo, um mau católico como falei. Eu tomava bebida alcoólica, eu fumava, eu dançava baile, as festas, eu estava em todas, aquele movimento assim. Porque eu não tinha o temor de Deus. Tudo dava dez! Então eu fazia a água correr pra baixo ou pra cima e não ligava nada, aquilo tudo era diversão. Daí depois que eu me evangelizei, daí acabou tudo aquilo. Larguei de fumar, larguei de beber bebida de álcool, larguei desses bailão, dessas festas mundanas, deixei de tudo. Dali pra cá que a minha vida mudou. Foi isso que me ajudou a chegar nessa idade, porque a nossa vida está na mão de Deus. Porque os meus amigos daquela época já morreram há 20, 30 anos, eles não mudaram e não seguiram os ensinamentos de Deus, é nisso que eu acredito, né.” (L1)

“Eu não fumo mais e também não bebo, e acho que isso ajuda na saúde, né, eu acredito muito em Deus, e o certo é não fumar e não beber mesmo. Eu acho que é, né? Que se eu me reservasse mais antes, era mais saúde pra mim. Porque eu já fumei, fumei bastante. Eu tinha uma cuspeira que vou dizer, viu. Aí larguei de fumar e endireitou a minha vida. Fumei muito tempo, desde rapaz. Então, tu sabe o que que foi? Tinha que trabalhar naquela turma, então nego arrancava aqueles pedaços de fumo assim ó, faz um cigarro, faz outro, faz outro, é puf, é puf, é puf, fumando. E ali foi. Foi o pau, foi quebrando. E aí foi que eu trazia até em casa. Comprava aqueles maços de cigarro, sabe daqueles cigarro pretinho, neguinho? Aqueles pretinho? Ixe, nossa! E aí fumava tanto daquele como fumava do cigarro de corda. Aí foi embora esse trem. Parei faz mais de dez anos, acho que faz mais, né? Ah, certo que faz. Agora eu sou mais religioso, então não fumo mais.” (L3)

Para Da Matta (1986), nós brasileiros marcamos alguns espaços como referências especiais na sociedade. Um espaço a ser considerado é aquele chamado de um “outro mundo”, um mundo habitado por Deus, pela Virgem Maria, Jesus Cristo, santos, anjos, entre outras entidades. No universo da religião, o

interesse está no conversar, no orar, no pedir, no suplicar. Nesse espaço, as pessoas podem suplicar por diferentes motivos e, desse modo, domesticar a morte e o tempo.

No espaço da religião, colhe-se aquilo que se planta, quem dá recebe, e quem faz algum mal, recebe o mal de volta. Desse modo, seria possível a relação perfeita entre o mundo em que se vive e esse “outro mundo”, ou pelo menos essa é a esperança que se imprime nas formas populares de religiosidade (DA MATTA, 1986). Desse modo, é possível vislumbrar a prática religiosa como uma forma de adquirir hábitos saudáveis e, por ora, driblar a morte e aumentar os anos de vida na terra, até que se possa galgar o outro mundo, onde não há sofrimento.

Por fim, os longevos e familiares ressaltaram que as coisas antigamente eram diferentes, as pessoas não tinham tantos afazeres, as mulheres não precisavam (ou não poderiam, em algumas situações) trabalhar fora de casa. Atualmente, são necessárias adaptações a esse novo estilo de vida, tão acelerado, que consome as pessoas em suas rotinas estressantes, o que se reflete no cuidado da saúde dos mais velhos.

“Eu acho que antigamente as pessoas não tinham esse estresse que a gente tem hoje. Essa correria, e sair, e trabalhar fora. A mulher de antigamente ficava dentro de casa, como a minha mãe. O meu pai não queria nem que nós trabalhássemos. E eu casei com um xucro também que não me deixava trabalhar. Quando ele ficou doente, daí eu tive que ir trabalhar. E se eu não fosse trabalhar, eu não tinha nem aposentadoria agora. Ah, e também dirigir carro. Meu pai ensinou as filhas a dirigir, mas não deixou tirar carteira! E o meu marido dizia ‘para quê? Eu levo você em toda parte’. Mas às vezes a gente precisa ir, que nem pra levar a mãe nas consultas, a gente precisa pegar um táxi, veja só!” (Filha da L14)

“Depois, a criação da gente era saudável, né? Não tinha, por exemplo, como dizer para o pai da gente ‘eu quero tal coisa, eu quero!’. Hoje em dia, filho faz assim para o pai e para a mãe. E o pai bobo e a mãe compram. O primeiro terno que eu coloquei na vida foi quando eu casei! Eu andava com roupa que eu ganhava. Minha mãe remendava e eu andava com os remendos assim, hoje em dia remendo é só pra festa junina [risos]. Aqueles remendão na perna assim. O sapato que a gente usava era Come-Quieto. Chegou a conhecer Come-Quieto? Aquele de lona e cordinha por baixo assim. Tipo alpargata, uns conheciam assim, era Come-Quieto o nome daquilo. Anos atrás. E a gente tinha aquilo só pra sair aos domingos. Ainda quando chegava do passeio domingo, pegava, amarrava e colocava nas costas assim, trazia assim e vinha descalço. Andava de pé no chão. Geada, que tinha assim [...] . Hoje em dia não posso andar descalço na calçada que me faz cócega. Não sei o que é isso, e no mato eu andava. Antigamente era tudo muito diferente, hoje a criançada deixa os pais e os avós loucos de tanto que ficam pedindo! Antes a vida era mais sossegada.” (L10)

“Bom, eu não trabalhava fora. Já chega o que eu trabalhava quando era solteira. Aí eu disse para o meu falecido: ‘escuta, se é pra eu continuar trabalhando, não precisa nem casar’ [risos], e ele disse: ‘não, pode ficar em casa’. Hoje em dia são as mulheres que sustentam a casa, e os maridos ficam cuidando dos filhos. É [...] tá cada vez mais diferente, né?” (L5)

O lar é entendido como um espaço sagrado, no qual o tempo está suspenso, e a rua, por sua vez, é vista como um lugar perigoso, onde se encontra movimento e o tempo não para. Ao considerar o lar e a rua dois lados de uma mesma moeda, o trabalho emerge nesse contexto complexo como um lugar de “batente”, “um obstáculo que temos que cruzar, ultrapassar ou tropeçar”, o que na nossa sociedade é entendido muitas vezes como um “castigo” (DA MATTA, 1986, p.26).

Para as longevas que permaneceram toda a sua vida no ambiente domiciliar, criaram os filhos e cuidaram da casa, bem como dos serviços domésticos, deparar-se com a realidade do “trabalhar fora” é uma mudança que lhes permite dizer que a “a vida era mais tranquila”.

## **6 TEMA CULTURAL – O SAGRADO E O AFETO: ÂNCORA DOS LONGEVOS PARA OS CUIDADOS À SAÚDE**

O mundo cultural dos idosos na qualidade de conjunto de cuidados à saúde reúne um horizonte contextual de hábitos, crenças e valores que foram, parcialmente, elucidados por meio de amplo diálogo entre a pesquisadora e os mais idosos. Foi uma busca para encontrar a verdadeira “alma dos cuidados” realizados por eles e as possibilidades de se apreender a experiência desses cuidados, sem ultrapassar limites e sem imposições. Desse modo, nessa visão, foi revelado espontaneamente aquele horizonte “holístico” das crenças e valores das práticas de cuidados familiares, fruto do cenário de pertencimento dos mais idosos, da experiência deles.

Foi preciso compreender conceitos particulares e ao mesmo tempo abrir-se a um horizonte global de hábitos e crenças para apresentar na forma de síntese a concepção “holística” das práticas de cuidados dos mais idosos. Desse modo, o tema cultural foi simbolicamente intitulado O SAGRADO E O AFETO: ÂNCORA DOS LONGEVOS PARA OS CUIDADOS À SAÚDE.

A âncora é considerada o símbolo de firmeza, daquilo que ampara, sustenta e apoia e também como representação de algo seguro, imutável. Com seus dois tentáculos apoiados em uma estrutura vertical, é um sistema estrutural sólido que se traduz em garantias. Representa a parte estável do nosso ser, aquela que, em meio às tempestades, é capaz de manter a firmeza. Simbolicamente, ela foi considerada o sustentáculo do afeto e sagrado, elementos considerados mais significativos nas práticas de cuidados à saúde dos mais idosos.

O afeto para os longevos está relacionado à necessidade de amor e pertencimento, referindo-se às interações com afetividade dos membros da família e daqueles com grau de parentesco, embora as amizades do mesmo modo são fundamentais. Para eles, a interação com os outros é essencial nesta fase de vida, cria entre eles e outras pessoas da comunidade uma comunhão de proteção, apoio, compromisso e, conseqüentemente, “sentem-se parte de”. Embora, quando existe a família, essa comunhão não possa ser comparada às demais. Os membros

familiares são o verdadeiro esteio, pois é com eles que os mais idosos encontram o cuidado essencial à saúde - a afetividade que sustenta a vida.

A afetividade é entendida como o conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob a forma de emoções, sentimentos e paixões, acompanhados sempre da impressão de dor ou prazer, de satisfação ou insatisfação, de agrado ou desagrado, de alegria ou tristeza (FERREIRA, 1986, p.44).

A afetividade autêntica está diretamente relacionada à saúde da família, ou seja, é a soma da saúde dos indivíduos que a compõem. Nesse caso, a família também é possuidora de um “estado de saúde” que pode ser identificado de modo diferente da saúde física de seus membros. Quando a família tem “saúde”, ela é capaz de construir um ambiente solidário entre seus membros, e então ela tem condições de prover a afetividade que sustenta a vida do longo.

O olhar menos técnico dos cuidados dos profissionais de Enfermagem pode contribuir para negociar questões dos “estados de saúde” pouco saudáveis dos membros familiares. Para Leininger (1984b, p.4-5), tudo o que se refere ao humano e ao cuidado humano não pode jamais resolver no plano da ciência experimental e positiva. Nessa linha de argumentação, a definição que Leininger dá sobre a Enfermagem parece muito conclusiva e integradora. A Enfermagem, afirma a autora, “é uma arte e ciência humanística que se centra em condutas de cuidados individuais ou em grupo, funções e processos dirigidos para a promoção, para a manutenção de condutas de saúde ou para a recuperação de enfermidades que têm significação física, psicocultural e social” (Leininger, 1984b, p.4-5).

Nas entrevistas dos longevos está implícita a asserção: onde há família que ajuda e apoia não há descuido. Sem atenção familiar, não se consegue ter forças para seguir adiante até o fim. A atenção dos membros da família jamais foi abandonada, em nenhum momento demonstraram descaso ou desânimo em apoiar o longo, apesar de adversidades como a distância, as dificuldades econômicas, de transporte, entre outras. Nada disso abala o compromisso da vida cotidiana, que é o cuidar de seu pai, mãe ou de ambos. A família é a mola propulsora que garante o ânimo no cotidiano da vida para enfrentar as adversidades que ela impõe.

Por tudo isso, o exercício do cuidar transcende a ciência, requer um conhecimento integral da pessoa e de seus familiares, pois o desenvolvimento do cuidado não se refere exclusivamente a determinadas parcelas do mais idoso, mas



sim à sua totalidade. Todo enfermeiro precisa se “converter em um antropólogo”, pois trata de compreender a si mesmo e de compreender seus semelhantes, e essa interpretação repercute sempre sobre o que ele mesmo faz.

Ao considerar a necessidade de vislumbrar o longo em sua totalidade, e não como a soma das partes, é importante a concepção da corporeidade, entendida como:

condição humana e modo de ser, que caracteriza o homem na existência, é o contido em toda a dimensão humana. É ser flexível, é estar disponível e aberto para o outro e para o mundo; é o resgate do corpo, é o existir, é a história de cada um de nós, que se funde com o outro, que também é corpo vivente, que traz na sua bagagem cultural, suas crenças, seus valores e sua visão de mundo, num processo de cruzamento (POLAK, 1996, p.46 e 119).

No plano da corporeidade, o envelhecimento altera profundamente as características corporais físicas e fisiológicas. Contudo, afeta fundamentalmente a interioridade do ser humano, ou seja, suas expectativas, seus valores, suas recordações, suas emoções, seus sentimentos mais íntimos. Talvez essas mudanças possam alicerçar, em parte, a explicação para a exacerbação da religiosidade dos mais idosos.

Para os longevos, existem formas de falar com o mundo de Deus que são solitárias e outras que são coletivas. Coletivamente, o modo mais comum é através da cantoria. Para Da Matta (1986, p.92),

a prece faz com que se juntem todos os pedidos num só, que deve “subir” aos céus levado pelas harmonias das vozes que o entoam. De fato, no nosso modo de conceber o espaço religioso, a linha vertical e hierarquizada, que relaciona o céu com a terra e o alto com o baixo, é algo dominante e crítico. O “alto”, conforme sabemos muito bem, é tudo o que é superior, tudo o que deve ser mais nobre e mais forte, tudo o que tem mais poder. É lá nessa esfera situada em cima que moram os anjos, os santos e todas as entidades que nos podem proteger e guiar os destinos. O “baixo” é a terra em que vivemos: vale de lágrimas onde sofremos, trabalhamos e finalmente morremos. A reza, a festividade religiosa e o canto propiciatório coletivo são meios de se chegar até essas regiões superiores, ligando o aqui e agora com o além e o infinito.

Desfrutar da convivência harmônica com Deus está entre os principais cuidados com a saúde dos mais idosos, numa mistura de sagrado e profano, de ritos e mitos, num verdadeiro sincretismo religioso. A religiosidade para o longo constitui um atributo do cuidar de si, bem como uma estrutura de significado não de

caráter especulativo, mas de caráter projetivo e imaginativo, em que Deus não pode somente ser pensado, mas deve também ser “experenciado”, e essa experiência tem necessidade de imagens, símbolos, mediações e ritos.

Segundo Terrin (2004, p.280):

essa experiência revela a sua força de simbolização e a sua capacidade de transportar todos os sentimentos do humano a uma zona franca de liberdade onde eles se sublimam à luz de algo ou de alguém, que se faz fiador do nosso viver no mundo em sentido incondicionado e total. E isto constitui um critério último de sinceridade e de autenticação da consciência religiosa em si.

Para os mais idosos, as provações não são facilmente entendidas, a não ser com base na fé religiosa, porque frequentemente há um propósito maior que não se pode compreender, e a fé, segundo eles, proporciona paz. Eles têm na religiosidade uma de suas mais fortes expressões para o cuidado, porque traz o espírito de acolhimento e hospitalidade.

O sagrado vive e convive com certa ambiguidade de expressão e de reconhecimento na vida dos mais velhos, e isso se projeta como um jogo de luzes e de sombras também na realidade que os envolve. Eles sabem que não têm condições de apanhar o sagrado e, todavia, sentem que são apanhados, são incapazes de exprimi-lo, mas sentem a força intrínseca e o valor, não podem reconhecê-lo definitivamente e, apesar disso, aceitam seus sinais e manifestações. Para Ricoeur (2008), o sagrado é a sua própria escatologia e não pode ser submetido a critérios humanos, à razão ou a algo como o bom senso.

Para Geertz (1989, p. 93):

religião é uma tentativa de conservar a provisão de significados gerais em termos dos quais cada indivíduo interpreta sua experiência e organiza sua conduta. Um sistema religioso é formado por um conjunto de símbolos sagrados, tecido numa espécie de todo ordenado. Para as pessoas comprometidas com os símbolos, o sistema religioso medeia um conhecimento genuíno, o conhecimento das condições essenciais nos termos em que a vida tem que ser vivida.

Conforme Elíade (1992), o sagrado manifesta-se sempre como uma realidade inteiramente diferente das realidades naturais. O homem toma conhecimento do sagrado porque ele se manifesta, se mostra como algo absolutamente diferente do profano. Viver o sagrado e o profano constitui duas modalidades de ser no mundo

dos mais idosos. De acordo com Elíade (1992), os modos de ser sagrado e profano dependem das diferentes posições que o homem conquistou no cosmos.

As garantias de ter uma velhice avançada com possibilidades de cuidados e sem abandono estão firmemente ancoradas no sagrado e no afeto. Essas garantias são compartilhadas por meio das orações e apoio dos familiares, dos vizinhos, dos amigos e comunidade à qual pertencem. Para os mais idosos, onde existem garantias não se vive em desespero e se consegue perseverar até o fim.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da abordagem cultural, na perspectiva da pesquisa qualitativa descritiva, possibilitou investigar as práticas, crenças e valores de cuidado com a saúde dos idosos mais velhos. A inserção nos cenários culturais, a observação participante, bem como a entrevista, se constituíram em técnicas sistematizadas na busca por informações e respostas aos questionamentos traçados no objetivo deste estudo, que foi descrever as práticas, crenças e valores de cuidado com a saúde dos idosos longevos.

O método de pesquisa é instigante, exige uma intensa aproximação com os participantes do estudo, assim como acurada observação das cenas culturais. As análises utilizam o método indutivo e dedutivo, o que requer um domínio na coleta e organização das informações. Ainda, a pesquisa tem como característica a escuta apurada e o olhar atento, o que foi necessário para a descrição das práticas culturais de cuidados à saúde dos mais idosos.

No entanto, é importante considerar que a pesquisa qualitativa de abordagem cultural vai além de passos sistematizados para coleta e análise das informações, envolve a postura e atitude diante dos contextos investigados e implica um outro modo de ver, apreender e interpretar uma realidade, um exercício para as mudanças de ponto de vista. Trata-se de uma experiência desafiadora, em que é preciso vestir as lentes da antropologia cultural, sobrepujar o empírico e transcender o senso de familiaridade que, comumente, emerge em determinadas situações.

Exercidas no *continuum* da vida, as práticas de cuidado estiveram arraigadas na cultura familiar dos mais velhos e envolveram a atenção para com os aspectos cognitivos, físicos e religiosos dos longevos. A maioria deles nasceu e permaneceu grande parte de sua vida na zona rural, migrando para a cidade na fase adulta. Portanto, muitos deles trouxeram consigo práticas culturais apreendidas com seus antepassados, hábitos que se perpetuaram ao longo do tempo e foram transmitidos para as gerações seguintes.

As práticas, crenças e valores dos idosos em idade avançada, descritas e organizadas em domínios e taxonomias culturais, abarcaram os suportes para o cuidado, as maneiras de os longevos cuidarem da sua saúde, bem como as

passagens ao longo do curso de vida que se refletiram nesse cuidado. Foi possível perceber em diferentes momentos o processo de interação entre o sistema popular e o profissional de cuidados, à medida que os longevos realizam não apenas os cuidados apreendidos com as gerações anteriores, mas também aqueles orientados pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde.

O tema cultural, por sua vez, resultou na unidade de significado que uniu as partes: “o sagrado e o afeto: âncora dos longevos para os cuidados à saúde”. O sagrado se faz presente pela religiosidade dos idosos, e o afeto, pelas relações familiares pautadas na afetividade. Ambos foram elementos significativos do cuidado à saúde dos mais velhos, simbolicamente representados pela âncora, que proporciona segurança e garantias aos idosos nessa etapa da vida.

É importante ressaltar a abordagem qualitativa do estudo, o que aponta resultados atribuídos a uma comunidade local, portanto, não podem ser generalizados. Sabe-se que a realidade do idoso em idade avançada no Brasil é bastante complexa, permeada muitas vezes pelos maus-tratos e abandono familiar. Nesse sentido, os laços de pertencimento se fazem importantes para os mais idosos, sejam eles familiares ou sustentados nas amizades conquistadas no decorrer dos anos.

Ressalta-se a importância de um mediador (*middleman*) vinculado à UBS, enfermeira ou agente comunitário de saúde, para a entrada no campo, o que possibilitou significativa receptividade dos longevos. Do mesmo modo, a companhia da doutoranda durante as visitas domiciliares oportunizou descrições focalizadas e densas.

Inicialmente, foram eleitos dois pressupostos da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural para a investigação. O primeiro afirma que as práticas do cuidado do ser humano podem ser identificadas em todas as culturas (LEININGER, 1984a). Isso pôde ser confirmado, ao considerar que os cuidados com a saúde foram identificados na cultura familiar dos mais velhos.

O segundo pressuposto aponta que o cuidado sob uma perspectiva transcultural é essencial para desenvolver e estabelecer a enfermagem como uma profissão universal (LEININGER, 1984a). Com base nas informações que emergiram do presente estudo, é possível dizer que, ao ponderar as crenças e valores dos mais velhos e vestir as lentes da antropologia, os profissionais enfermeiros têm condições

de oferecer cuidados culturalmente congruentes, satisfatórios aos longevos, pois se distanciam do etnocentrismo e de um modelo de cuidado pautado nas imposições profissionais.

As enfermeiras que cuidam dos idosos mais idosos comumente impõem a eles comportamentos que não estão vinculados ao modo de ser dessas pessoas. Assim, os estudos qualitativos de abordagem cultural auxiliam no conhecimento das diferentes dimensões do ser que envelhece e conseqüente entendimento de seus conceitos e sistemas de cuidado, fortemente influenciados por hábitos culturais de vida.

Pessoalmente, este estudo proporcionou o contato com outras culturas, em alguns aspectos diferenciados das crenças e valores da mestranda. Poder adentrar os domicílios dos longevos - um lugar sagrado e mais do que um espaço físico - compartilhar de suas histórias, anseios e expectativas, proporcionou um aprendizado significativo, bem como uma maior valorização da dimensão subjetiva e cultural dos mais idosos, além da importância de um olhar antropológico direcionado para essa população específica.

Além disso, a vida dos longevos é permeada por experiências que, no convívio estabelecido durante o trabalho de campo, resultaram numa forma ampliada de conhecimento e aprendizado, tanto pessoal quanto profissional. Acredita-se que, ao considerar os comportamentos dos idosos mais velhos, seus pontos de vista, crenças, valores, hábitos de cuidados, a enfermeira auxilia na intensificação do autocuidado dos longevos, considerado um importante aliado dos cuidados profissionais.

As informações desveladas nas entrevistas permitiram descrever as práticas culturais de cuidado, como também o desenvolvimento de conhecimentos específicos na enfermagem gerontológica acerca dos idosos em idade avançada. Essas informações, pertinentes ao cenário local, podem contribuir para o incremento de medidas de promoção da saúde e cuidados peculiares, fundamentados especialmente no respeito à cultura dos longevos.

Acredita-se que o desenvolvimento de novos estudos junto aos mais idosos, em outras realidades e em conjunto com outros profissionais de saúde, possa acrescentar novos elementos às práticas culturais de cuidado. Ao refletir sobre essa possibilidade, ressaltam-se a investigação acerca da alimentação dos longevos, as

semelhanças e dessemelhanças entre o que é relatado e o que realmente é realizado e as dificuldades relacionadas ao edentulismo. Investigações com enfoque no longo tempo são um modo de construir conhecimentos acerca dessa população específica, a que mais demanda cuidados de enfermagem.

Uma das contribuições para a enfermagem gerontológica, que se pode extrair do presente estudo, se refere à consideração do ponto de vista dos mais idosos. Esse respeito pela palavra do outro, que desde então passou a caracterizar a antropologia, deve servir de inspiração para nossas práticas de enfermagem, especificamente, nas Unidades Básicas de Saúde. Para conhecer os problemas de saúde de um determinado grupo social, é necessário, entre outras coisas, valorizar os discursos que seus membros produzem sobre a saúde e os cuidados. Ainda, é preciso reconhecer os longevos como interlocutores legítimos na produção das políticas de saúde e, portanto, não se pode falar de saúde sem mencionar a participação dos mais velhos.

A participação foi elucidada pelos longevos como uma das maneiras de cuidar da saúde, o que pode ser utilizado pelos enfermeiros que atuam na atenção básica como um meio de promover melhor qualidade de vida. Nessa perspectiva, sugerem-se a formação e a consolidação de grupos de convivência, nos quais os idosos em idade avançada possam compartilhar suas experiências de vida e se manter ativos na sociedade. Uma ferramenta importante está na realização de oficinas que auxiliem na dimensão cognitiva dos idosos, uma atuação preventiva da enfermeira, que contribui para a prática do cuidado com a saúde dos mais velhos.

No âmbito domiciliar, é fundamental estimular a manutenção dos vínculos com filhos e netos, ao considerar que esses laços afetivos contribuem no sentido de os longevos enfrentarem as adversidades da vida, como o sofrimento pela viuvez. Por sua vez, no âmbito da Unidade Básica de Saúde, é essencial a escuta ativa, uma tecnologia leve de cuidado que também oferece suporte aos mais velhos. Ainda, são valorizadas as atitudes que prezam pela independência e autonomia dos longevos para que eles sejam os protagonistas de suas vidas. É preciso pensar no mais idoso como alguém que tem muito a contribuir, não apenas como um indivíduo à espera da finitude.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

AIRES, M.; PASKULIN, L.M.G.; MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.1, 7 telas, 2010.

ALCÂNTARA, M.S. **Envelhecer entre pássaros e anjos**: um estudo etnográfico do processo de saúde e doença do idoso no contexto familiar. 172f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

ALCOFORADO, C.L.G.C. **Entre o científico e o popular**: saberes e práticas da equipe de enfermagem e clientes com feridas. Um estudo de caso no município de Cruzeiro do Sul – Acre. 145f. Dissertação (Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

ALMEIDA, A.K.; MAIA, E.M.C. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.15, n.4, p.743-750, 2010.

ARAÚJO, C.K.; AREOSA, S.V.C.; CARDOSO, C.M.C.; MOREIRA, E.P. **Relações de amizade em uma população idosa**. In: IV Jornada de Pesquisa em Psicologia. Desafios atuais nas práticas de psicologia. 25 e 26 de novembro de 2011, UNISC, Santa Cruz do Sul, 2011.

BANÑOS-DIÉZ, J. E.; FARRÉ-ALBALADEJO, M. Aspectos sociológicos del empleo de medicamentos. In: *Principios de Farmacología Clínica*. Barcelona: Masson, 2002. p.271-281. In: LEITE, S.N.; VASCONSELLOS, M. da P.C. Os sentidos presentes no medicamento: elementos para uma reflexão em torno de sua utilização. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v.39, n.3, p.18 – 23, 2010.

BERTOLUCCI, P. *et al.* The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.52, n.1, p.1-7, 1994.



BESSA, D. **Homem, pensamento e cultura**: abordagens filosófica e antropológica. Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

BOEHS, A.E.; *et al.* Conceitos da teoria do cuidador cultural em dissertações de mestrado. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.11, n.4, p.182-189, 2010.

BOEHS, A.E.; *et al.* A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.2, p.307-14, 2007.

BRAGA, V. Cultura alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. **Saúde Rev.** Piracicaba, v.6, n.3, p.37- 44, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 196**, de 10 de outubro de 1996 – Dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 16/GM**, de 03 de janeiro de 2002 – Aprovar o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Brasília, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 371/GM**, de 04 de março de 2002 – Dispõe sobre a instituição do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRUCKI, S.M.D.; *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.61, n.3B, p. 777-781, 2006.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.88-105.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.725-733, mai-jun, 2003.

CHIZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**. Portugal, v. 14, n. 002, p. 221-236, 2003.

CIANCIARULLO, T.I. O desenvolvimento do conhecimento do conhecimento na enfermagem: padrões de conhecimento e sua importância para o cuidar. In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3ªed. São Paulo (SP): Ícone, 2005. p.15-28.

CRUZ, I.B.M.; *et al.* Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.50, n.2, p.172-7, 2004.

CRUZ, D.T.; CAETANO, V.C.; LEITE, I.C.G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.500-8, 2010.

DA MATTA, R. **O que faz o brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DORAN, E.; ROBERTSON, J.; HENRY, D. Moral hazard and prescription medicine use in Australia – the patient perspective. **Social Science and Medicine**, Londres, v.60, p.1437-1442, 2005.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.115, p.139-154, mar, 2002.

ELÍADE, M. **O sagrado e o profano**: a essência das religiões. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. R. (coord.); Penna, M. de M. *et al* (org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

EUROPEAN UNION. **Active ageing and solidarity between generations**. A statistical portrait of the European Union 2012. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012.

FENIANOS, E. E. **Bairro Alto e Atuba**. Coleção Bairros de Curitiba - v.16. Curitiba: UniverCidade, 1999.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, J.V.C. **Os muito idosos no município de São Paulo**. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

FLICK, U. Documentação de dados. In:\_\_\_\_\_. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. São Paulo: Artmed, 2009. p.265-275.

FLORES, G.C. **“Eu cuido dela e ela me cuida”**: um estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

\_\_\_\_\_.; BORGES, Z.N.; BUDÓ, M.L.D.; SILVA, F.M. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. **Cienc Cuid Saúde**, Maringá, v.10, n.3, p.533-540, 2011.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. **J Psychiat Res.**, v.12, p.189-198, nov, 1975.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em enfermagem. Contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n,1, p.17-27, 2008.

FRANCISCO, C.M. **Estudo dos fatores preditores de envelhecimento sem incapacidade funcional entre idosos em velhice avançada no município de São Paulo**. 77f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2006.

GARCÍA, L.M.G. Comparación de las prácticas de cuidado em dos grupos de gestantes em la ciudad de Sincelejo. **Av. Enferm.**, Colombia, v.16, n.1, p.22-35, 2008.

GAVRILOVA, N.S.; GAVRILOV, L.A. Search for mechanisms of exceptional human longevity. **Rejuvenation Research**, New York, v.13, n.2-3, p.262-264, 2010.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro:LTC, 1989.

GEORGE, J.B. Madeleine Leininger. In: GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.286-299.

GONZÁLES, J.S. Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. **Av. Enferm.**, Colombia, v.28, n. esp, p.120-128, 2010.

GRAEFF, L. **O “mundo da velhice” e a cultura asilar**: estudo antropológico sobre a memória social e cotidiano de velhos no Asilo Padre Cacique, em Porto Alegre. 172f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.26, n.1. p.75-86, 1992.

\_\_\_\_\_. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.13, n.3, p.410-22, 1997.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; ZAGONEL, I.P.A.; LENARDT, M.H. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.20, n.3, p362-7, 2007.

HARTMANN, T. Cultura material e etnohistória. **Revista do Museu Paulista**, São Paulo, v.23, p.179 -197, 1976.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERRERA, E.M.; POSADA, M.L.A. Creencias y prácticas em el cuidado de la salud. **Av. Enferm.**, Colombia, v.16, n.1, p.112-123, 2008.

\_\_\_\_\_. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos. **Av. Enferm.**, Colombia, v.18, n.esp., p.61-72, 2010.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação com a variável qualidade de vida. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.2, p.350-7, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980-2050**: revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

\_\_\_\_\_. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Aspectos físicos do Bairro Alto**. Curitiba: IPPUC, 2005.

\_\_\_\_\_. **Meio ambiente e o Bairro Alto**. Curitiba: IPPUC, 2010a.

\_\_\_\_\_. **População, faixa etária e sexo**. Curitiba: IPPUC, 2010b.

\_\_\_\_\_. **Equipamentos municipais do Bairro Alto**. Curitiba: IPPUC, 2011.

INSTITUTO ESTADUAL DO PATRIMÔNIO CULTURAL - INEPAC. **Medicina popular**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Cultura, 2005.

JODELET, D. Culture et pratiques de santé. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v,16, n.2, p.427-39, 2008.

KOENIG, H.G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**. Por quê, como, quando e o quê. São Paulo: Editora FE, 2005.

LAFIN, S.H.F. As relações familiares e o idoso: algumas reflexões. In: BULLA, L.C.; ARGIMON, I.I.L. (Org). **Convivendo com o familiar idoso**. Editora: EDIPUCRS – Porto Alegre, 2009.

LAFIN, S.H.F.; SOUZA, S.R.; BARBOSA, C. Trabalho voluntário. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1420-1423.

LARAIA, R.B. **Cultura**: um conceito antropológico. 21ªed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LEFEVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LEININGER, M.M. Transcultural nursing: concepts, theories and practice. In: LEININGER, M.M. **Transcultural nursing theories and research approach**. New York: John Wileys & Sons, 1978. p.31-51.

\_\_\_\_\_. **Qualitative Research Methods in Nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1984a.

\_\_\_\_\_. **Care the essence of nursing and health**. Thorofare. New Jersey: Charles Slach, 1984b.

\_\_\_\_\_. **Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade**. In: ANAIS. I Simpósio Brasileiro Teorias de Enfermagem. Editora: UFSC. Florianópolis na Universidade Federal de Santa Catarina, 20 a 24 de maio de 1985a.

\_\_\_\_\_. **Ethnography and Ethnonursing**: models and modes of qualitative data analysis. Orlando: Grune & Stratton, 1985b.

\_\_\_\_\_. **Care**: discovery and uses in clinical and community nursing. Detroit Michigan: Wayne State University Press, 1988.

\_\_\_\_\_. Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing know ledge. **J. Transc. Nurs**, Michigan, v.1, n.2, p.40-51, 1990.

\_\_\_\_\_. **Cultural care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991a.

\_\_\_\_\_. Becoming aware of types of health practitioners and cultural imposition. **J Transcultural Nurs**, v.2, n.2, p.32-39, 1991b.

\_\_\_\_\_. **Nursing and anthropology: two worlds to blend.** Columbus(Ohio): Greyden Press, 1994.

\_\_\_\_\_. Culture care theory, research, and practice. **Nurs Sci Q**, v.9, n.2, p.79-8, 1996.

\_\_\_\_\_. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. **J. Transc. Nurs.**, Michigan, v.8, n.2, p.32-52, 1997.

LEININGER, M.M.; McFARLAND, M.R. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice.** New York (NY): McGraw-Hill, 2002.

\_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.** New York (NY): McGraw-Hill, 2006.

LEITE, S.N.; VASCONSELLOS, M.P.C. Os sentidos presentes no medicamento: elementos para uma reflexão em torno de sua utilização. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** Florianópolis, v.39, n.3, p.18 – 23, 2010

LENARDT, M.H. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica.** 145f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

\_\_\_\_\_. **A hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar.** 145f. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

\_\_\_\_\_.; MICHEL, T.; MELO, L.P. As pesquisas etnográficas em enfermagem nas sociedades complexas. **Colomb. Med.**, Colombia, v.42, n2, supl.1, p.70-7, 2011.

\_\_\_\_\_.; PEREIRA, L.F. **Retratos do perfil sociodemográfico e de saúde-doença dos idosos longevos de uma Unidade Básica de Saúde de Curitiba - Paraná.** 59p. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

\_\_\_\_\_.; CARNEIRO, N.H.K. **Medida de independência funcional de idosos longevos usuários da atenção básica de saúde da cidade de Curitiba-PR.** 71p.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

\_\_\_\_\_.; WILLIG, M.H.; SILVA, S.C.; SHIMBO, A.Y.; TALLMANN, A.E.C.; MARUO, G.H. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v.11, n.2, p.117-23, 2006.

\_\_\_\_\_. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2ªed. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006.

LIMA, A.O.; DELGADO, E.I. A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. **Ulbra e Movimento (REFUM)**, Ji Paraná, v.1, n2, p.76-91, 2010.

LIMA, T.A.S.; MENEZES, T.M.O. Investigando a produção do conhecimento sobre a pessoa idosa longeva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.64, n.4, p.751-8, jul-ago, 2011.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.700-701, mai-jun, 2003.

LUNETTA, K.L. *et al.* Genetic correlates of longevity and selected age-related phenotypes: a genome-wide association study in the Framingham Study. **BMC Medical Genetics**, London, v.8, supl.1, p.S13, 2007.

MALINOWSKI, B. Uma teoria científica de la cultura. Madrid: Sarpe, 1984 *Apud* GONZÁLES, J.S. Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. **Av. Enferm.**, Colombia, v.28, n. esp, p.120-128, 2010.

MARÍN, P.P.; *et al.* Estudio comparativo de mujeres mayores de noventa años y ancianas menores institucionalizadas. **Rev. Méd. Chile**, Chile, v.132, s.n., p.33-39, 2004.

MARTINS, M.J.F.R.N. **As crenças e valores culturais da família piscatória no cuidar do recém-nascido – na comunidade piscatória de Póvoa de Varzim / Vila do Conde**. 115p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal, 2010.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU, 1974.



\_\_\_\_\_. A contemporaneidade da teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geo-histórica. **Ensaios e Ciências: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, São Paulo, v.14, n.2, p.21-32, 2010.

MELO, L.P.; *et al.* Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.16, n.2, p.303-10, 2011.

MENASCHE, R.; MACIEL, M.E. Alimentação e cultura, identidade e cidadania. **Rev. Democ. Viva.**, Rio de Janeiro, v.16, p.3-7, mai-jun, 2003.

MENEZES, T.M.O.; LOPES, R.L.M. Produção de conhecimento sobre idoso longo: 1998-2008. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.569-74, 2009.

MICHEL, T.; *et al.* As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na teoria de Leininger. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.15, n.1, p.131-7, 2010.

MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR, C.E.A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GOMÉZ, C. Dífceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.G.; GOMES, M.H.A. (org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MONTICELLI, M. Estudo comparativo de conceitos e sua aplicação na enfermagem: buscando um conceito de cultura. In: LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p.172-181.

\_\_\_\_\_.; BOEHS, A.E. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.3, p.468-77, 2007.

\_\_\_\_\_.; *et al.* Aplicações da teoria transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.2, p.220-8, 2010.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.2041-2053, 2011.

MOURA, M.A.V.; CHAMILCO, R.A.S.I.; SILVA, L.R. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.434-40, dez, 2005.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v.6, supl1, p.S4-S6, 2008.

NOGUEIRA, S.L. **Capacidade funcional, nível de atividade física e condição de saúde de idosos longevos**: um estudo epidemiológico. 108f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição) – Ciências da Nutrição, Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2008.

NOGUEIRA, S.L.; *et al.* Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. **R. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v.25, n.1, p.195-198, jan/jun, 2008.

NOGUEIRA, S.L.; *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev. Bras. Fisioter**, São Paulo, v.14, n.4, p.322-9, 2010.

OLIVEIRA, A.S.; *et al.* **Introdução ao pensamento filosófico**. São Paulo: Loyola, 1985.

OLIVEIRA, E.C.M.; POLES, K. Crenças do paciente com ferida crônica: uma análise discursiva. **REME – Rev. Min. Enf.**, Minas Gerais, v.10, n.4, p.354-360, 2006.

ORB, A. Aspectos de salud em adulto mayores de 80 anos de edad que viven independentemente em la comunidade: una perspectiva australiana. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v.12, n.4, p.589-96, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; ALVES, M.D.S. Utilização da teoria do cuidado cultural na pós-graduação em Enfermagem: a realidade brasileira. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.245-52, 2006.

PAIS, J.M. A esperança em gerações de futuro sombrio. **Estudos avançados**, São Paulo, v.26, n.75, p.267-280, 2012.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.2-12.

PATRÍCIO, K.P. **Percorrendo os trilhos da ferrovia rumo às associações entre longevidade humana e fatores ambientais**. 322f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PATRÍCIO, K.P.; *et al.* O segredo da longevidade segundo a percepção dos próprios longevos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1189-1198, 2008.

PAVARINI, S.C.I.; *et al.* Family and social vulnerability: a study with octogenarians. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, São Paulo, v.17, n.3, p.374-9, 2009.

PEDRAZZI, E.C. *et al.* Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino-Am Enferm.**, São Paulo, v.18, n.1, 8 telas, 2010.

PENTEADO, P.T.P.S. **Idosos - Condições de vida, saúde e nutrição no município de Curitiba**. 298p. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

PERINI, E.; ACURCIO, F. **A. Farmacoepidemiologia**. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2001.

POLAK, Y.N.S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

PRAÇA, N.S.; MERIGUI, M.A.B. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. In: MERIGUI, M.A.B; PRAÇA, N.S. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a

vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.1-3.

QUEIROZ, M. de S.; CANESQUI, A.M. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. **Rev. Saúde Públ.** São Paulo, v.20 p.141-151, 1986.

RAMOS, M.O. **A “comida da roça” ontem e hoje**: um estudo etnográfico dos saberes e práticas alimentares de agricultores de Maquiné (RS). 177f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Rural) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

REDFIELD, R. **The Folk culture of Yucatan**. Chicago: The University of Chicago Press, 1941.

RICOUER, P. **Outramente**. Coleção Textos filosóficos. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

ROSELLÓ, F.T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

ROSSET, I.; PEDRAZZI, E.C.; RORIZ-CRUZ, M.; MORAIS, E.P.; RODRIGUES R.A.P. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter) nacional. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.1, p.264-71, 2011a.

ROSSET, I.; RORIZ-CRUZ, M.; SANTOS, J.L.F.; HAAS, V.J.; FABRÍCIO-WEHBE, S.C.C.; *et al.* Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.2, p.391-400, 2011b.

SANT'ANNA, CF; CEZAR-VAZ, MR; CARDOSO, LS; ERDMANN, AL. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.31, n.1, p.92-9, 2010.

SANTOS, S. M. A. **O cuidador familiar de idosos com demências**: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileiras e brasileiras [doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, 2003.

SCHWANKE, C.H.A.; *et al.* Análise da associação entre polimorfismo do gene da apolipoproteína E e fatores de risco cardiovasculares em idosos longevos. **Arq Bras Cardiol**, v.78, n.6, p.561-70, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Diagnóstico em Saúde. **Perfil de Saúde do Idoso de Curitiba**. Curitiba, 2010.

SILVA, A.M.R.; OLIVEIRA, M.S.M.; NUNES, E.F.P.A.; TORRES, Z.F. A unidade básica de saúde e seu território. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JUNIOR, L., organizadores. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p.145-60.

SILVA, Y.F.; FRANCO, M.C. **Saúde e doença**: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro, 1996.

SOARES, M.B.O.; *et al.* Características sociodemográficas, econômicas e de saúde de idosas octogenárias. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v.8, n.3, p.452-459, 2009.

SPRADLEY, J.P. **Participant observation**. Orlando: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

\_\_\_\_\_.; McCURDY, D.W. **The ethnographic interview**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.

\_\_\_\_\_. **The cultural experience: ethnography in complex society**. USA: Science Research Associates, 1972.

SUZUKI, M. *et al.* Oxidative stress and longevity in Okinawa: an investigation of blood lipid peroxidation and tocopherol in Okinawa centenarians. **Current Gerontology and Geriatrics Research**, 10 pages, 2010.

TALLMANN, A.E.C. **O cuidado gerontológico de enfermagem e o Bem Estar Psicológico do idoso longo**. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2011. 106 f.

TERRIN, A.N. **Antropologia e horizontes do sagrado**: cultura e religião. São Paulo: Paulus, 2004.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.849-853, 2003.

UNESCO. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração das Raças da Unesco**. Paris, França: 1950. Disponível em: [http://www.achegas.net/numero/nove/decla\\_racas\\_09.htm](http://www.achegas.net/numero/nove/decla_racas_09.htm), acessado em 17/11/2011.

USSEL, J.I. **La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales**. Análisis cualitativo. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales, 2001.

VALDÉS, S.E.C. El apoyo y la convivencia como predictores de bienestar em la vejez. **Rev Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.14, n.1, p.27-41, 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p.548-554.- faltou a pag **549**

VICTOR, J.F.; XIMENES, L.B.; ALMEIDA, P.C.; VASCONCELOS, F.F. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.22, n.1, p.49-54, 2009. Acesso em 03/11/2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a08v22n1.pdf>.

VIEIRA, S.P. **O bem estar subjetivo em nonagenárias: um estudo qualitativo**. 127p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Faculdades de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2009.

WALTER, S. *et al.* A genome-wide association study of aging. **Neurobiol Aging**, USA, v.32, n.11, p. 2109.e15–2109.e28, 2011.

WERLE, M.H. **Fatores de risco para mortalidade cardiovascular e por todas as causas em idosos longevos**. 117p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

**APÊNDICES**

Apêndice I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	182
Apêndice II – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	183

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

- a) Você, idoso(a) longo(a) atendido(a) na Unidade de Saúde está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado “**As Práticas Culturais de Cuidado com a Saúde dos Idosos Longevos no âmbito domiciliar**”. É através das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- b) O objetivo desta pesquisa é descrever as práticas culturais de cuidado com a saúde dos idosos longevos. As práticas culturais de cuidado inclui as maneiras como o(a) senhor(a) se cuida. Idoso longo(a) é aquele que possui 80 anos ou mais.
- c) Sua participação é voluntária e sua decisão é livre.
- d) Ao aceitar participar da pesquisa, o(a) senhor(a) receberá visitas domiciliares semanais previamente agendadas. A visita será confirmada antecipadamente por telefone, e terá duração de aproximadamente uma hora, mas pode variar de acordo com a sua disponibilidade.
- e) Durante as visitas a enfermeira irá observar sua rotina e conversará sobre práticas de cuidado com a saúde que o(a) senhor(a) realiza, bem como orientará no que for necessário. Essas conversas sobre como o(a) senhor(a) se cuida serão chamadas de entrevistas, e serão gravadas. A entrevista será agendada de acordo com a sua disponibilidade e realizada no local aonde considerar conveniente, seja na unidade de saúde, domicílio ou qualquer outro local em que se sinta confortável. A entrevista tem duração de aproximadamente 30 minutos, podendo variar o tempo conforme sua disposição.
- f) A participação no estudo não oferece riscos, no entanto, caso o(a) senhor(a) experimente algum desconforto durante a visita domiciliar ou entrevista, tem o direito de se recusar a responder as perguntas e interromper a sua participação a qualquer momento.
- g) Espera-se com essa pesquisa divulgar resultados que contribuam com a produção de conhecimento sobre os idosos com idade maior ou igual a 80 anos.
- h) A enfermeira mestranda Susanne Betiulli é a responsável pela pesquisa, e poderá esclarecer dúvidas no telefone (41)3286-7826, e-mail: susanne.elero@yahoo.com.br, ou pessoalmente no Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos, na Av. Prof. Lothário Meissner, 632, 3º andar, Jardim Botânico, de segunda a sexta-feira, das 14h às 17h.
- i) Estarão garantidas ao(a) senhor(a) todas as informações, antes, durante e depois do estudo.
- j) A sua participação é voluntária. Contudo, se não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não interrompe seu atendimento na unidade de saúde, que está assegurado.
- k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, a mesma será realizada por meio de um código, para que a **confidencialidade** e o anonimato sejam mantidos.
- l) Tão logo a pesquisa termine, as gravações das entrevistas serão apagadas.
- m) As despesas para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade e pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, \_\_\_\_\_ RG/CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, entendi o texto acima, bem como a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado(a) a participar. A explicação que recebi menciona o benefício do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento da unidade de saúde em que sou cadastrado, ou em qualquer instituição de saúde onde eu busque o atendimento. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo, receber visitas domiciliares da enfermeira Susanne Betiulli, e que as entrevistas sejam gravadas.

Curitiba, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Enfª Susanne Elero Betiulli  
Responsável pela pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Telefone: (41)3360-7259 e-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)



**Apêndice II – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Iniciais do entrevistado: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_ Tel para contato: \_\_\_\_\_

( ) Informante geral

( ) Informante-chave

- 1)** Conte-me a sua rotina diária, o que o (a) senhor (a) faz desde que acorda até o momento em que vai dormir;
- 2)** Diga-me como o (a) senhor (a) cuida da sua saúde;
- 3)** Conte-me sobre as atividades que o (a) senhor (a) realiza que, em sua opinião, o (a) ajudam a cuidar de si ou a ter saúde;
- 4)** Diga-me o que o (a) senhor (a) fez durante toda a sua vida que, em sua opinião, contribuiu para que chegasse/ultrapassasse os 80 anos de idade.

**ANEXO**

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) .....	185
--	-----

## ANEXO

## MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

<b>ORIENTAÇÃO</b>		
* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) ( <b>rua ou local<sup>a</sup></b> ) (andar).	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>REGISTRO</b>		
* Dizer três palavras: <b>PENTE RUA AZUL</b> . Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: ____	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
<b>ATENÇÃO E CÁLCULO</b>		
* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) <b>Alternativo<sup>1</sup></b> : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>EVOCAÇÃO</b>		
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
<b>LINGUAGEM</b>		
* Identificar lápis e relógio de pulso	<input type="text"/>	<input type="text" value="2"/>
* Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá".	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Seguir o comando de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão".	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
* Ler 'em voz baixa' e executar: <b>FECHE OS OLHOS</b>	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Escrever uma frase (um pensamento, idéia completa)	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Copiar o desenho:	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
<b>TOTAL:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	



FONTE: adaptado de BRUCKI, S.M.D.; *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatria*, São Paulo, v.61, n.3B, p. 777-781, set, 2003.