

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**A Vivência da Dor nas Práticas de Saúde Coletiva:
implicações para a saúde da pessoa idosa**

por

Wagner Jorge dos Santos

Belo Horizonte

2016

TESE DSC-CPqRR W.J. SANTOS 2016
--

WAGNER JORGE DOS SANTOS

**A Vivência da Dor nas Práticas de Saúde Coletiva:
implicações para a saúde da pessoa idosa**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou com vistas à obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva na área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Orientação: Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo

Coorientação: Dra. Karla Cristina Giacomini

Belo Horizonte

2016

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

S237v Santos, Wagner Jorge dos.

2016

A Vivência da Dor nas Práticas de Saúde Coletiva: implicações para a saúde da pessoa idosa / Wagner Jorge dos Santos. – Belo Horizonte, 2016.

xvi, 129 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: 130 - 138

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

1. Idoso/psicologia 2. Dor/etnologia 3. Saúde do Idoso 4. Saúde Pública I. Título. II. Firmo, Josélia Oliveira Araújo (Orientação). III. Giacomini, Karla Cristina (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 305.26

WAGNER JORGE DOS SANTOS

**A Vivência da Dor nas Práticas de Saúde Coletiva:
implicações para a saúde da pessoa idosa**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou com vistas à obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva na área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo (CPqRR/FIOCRUZ) Presidente

Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento (UFMG) Titular

Prof. Dra. Marcella Guimarães Assis (UFMG) Titular

Profa. Dra. Sonia Maria Soares (UFMG) Titular

Profa. Dra. Celina Modena (CPqRR/FIOCRUZ) Titular

Prof. Dra. Denise Nacif Pimenta (CPqRR/FIOCRUZ) Suplente

Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 30/09/2016

AUTOPSILOGRAFIA

Fernando Pessoa

O poeta é um fingidor
Finge tão completamente
Que chega a fingir que é dor
A dor que deveras sente.

E os que leem o que escreve,
Na dor lida sentem bem,
Não as duas que ele teve,
Mas só a que eles não têm.

E assim nas calhas de roda
Gira, a entreter a razão,
Esse comboio de corda
Que se chama coração.

Dedico este trabalho aos meus pais que continuam me ensinando com a sua velhice a formidável aventura do existir humano. Dizer da dor foi um aprendizado vivenciado em casa, compartilhado com o pulsar da vida, as contingências do dia e o coletivo dos afetos. Dessa dor que nos informa que estamos vivos, ampliei os limites do meu olhar e a percepção de que somos feitos do mesmo barro e do mesmo tempo.

Agradecimentos

Aos meus pais, irmão(ãs), cunhado(a) e sobrinhos(as) pelo constante incentivo, dedicação, carinho e compreensão principalmente em relação aos momentos de ausência da cena familiar.

Às minhas dedicadas orientadoras Dra. Josélia Firmo e Dra. Karla Giacomini pelo competente e incansável trabalho de orientação construído com sensibilidade e profissionalismo. O meu agradecimento a Josélia por saber compreender os meus limites e reforçar as minhas potencialidades, me ajudando a achar o caminho. O meu agradecimento a Karla por compreender o meu sonho e reforçar a sua tradução na concretude do trabalho científico, me ajudando a fazer suave o percurso.

À Patrícia da Conceição Parreiras, pela disponibilidade e suporte institucional e acadêmico na secretaria de ensino do CPqRR, ajudando na construção do percurso discente.

Aos professores(as) Antônio Ignácio de Loyola Filho, Celina Maria Modena, Josélia Oliveira Araújo Firmo, Rose Ferraz Carmo e Sérgio William Viana Peixoto, membros titulares do colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do CPqRR - mandato 2015/2016 - pela convivência fraterna e a inestimável aprendizagem da minha participação na gestão acadêmica colegiada do programa como representante discente.

Aos professores Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento (UFMG) e Dr. Paulo Roberto Ceccarelli (PUC Minas) que fizeram parte da banca de qualificação, pela contribuição que trouxeram para o meu projeto naquele momento do percurso.

Aos amigos e colegas do NESPE - Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento/FIOCRUZ/UFMG - e do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica do CPqRR/FIOCRUZ pela convivência fraterna e aprendizagem.

Um especial carinho à minha aluna de Iniciação Científica Aline da Consolação Silva pela companhia e cumplicidade acadêmica transformada em suporte.

À minha amiga Geisa Moreira por carinhosa presença e incentivo que se fez marcar por constante presença e crítica afetiva às minhas ideias e texto.

À minha amiga Helena Maria Campos pela carinhosa parceria nos sonhos e possibilidades no percurso do doutorado.

Aos idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família da cidade de Bambuí participantes dessa pesquisa que viabilizaram a nossa reflexão e pesquisa.

Ao Centro de Pesquisas René Rachou pela infraestrutura técnica.

A todos os funcionários do CPqRR/Fiocruz, especialmente a Aline Sodré pela dedica o, suporte e disponibilidade na secretaria do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica.

 s Bibliotecas do Centro de Pesquisas René Rachou e da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais em prover acesso gratuito local e remoto   informa o técnica científica em saúde, custeada com recursos públicos federais e estaduais (respectivamente), integrante do rol de referências desta tese e, especificamente,   Biblioteca do CPqRR pela cataloga o e normaliza o do volume desta tese. Especial agradecimento   Nuzia Pereira pelo suporte na pesquisa da literatura e acesso aos livros e artigos solicitados   Biblioteca.

A todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse trilhar esse caminho.

SUPORTE FINANCEIRO:

Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, FAPEMIG

Resumo

A dor crônica é uma importante questão nas práticas de saúde coletiva, envolvendo dimensões socioculturais e psicossociais na experiência e expressão do fenômeno doloroso, mobilizando uma multiplicidade de recursos humanos e tecnológicos para o cuidado da cronicidade da dor. A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tissular - real ou potencial -, e descrita em termos de tal dano. O objetivo dessa pesquisa foi compreender a percepção dos idosos de Bambuí sobre a abordagem da dor no campo de práticas da saúde coletiva e sua influência na concepção do idoso sobre si, seu corpo e sua saúde. A pesquisa foi realizada na perspectiva da abordagem qualitativa de cunho antropológico e fundamentada nos pressupostos da etnografia. O universo de pesquisa foi constituído por 57 idosos (27 homens e 30 mulheres) com idades variando entre 62 e 96 anos. A técnica de coleta de dados utilizada foi entrevista individual com roteiro semiestruturado. Foi utilizado o modelo dos signos, significados e ações, desenvolvido por Corin e colaboradores na coleta e análise dos dados, para permitir a sistematização dos elementos do contexto que participam da construção de maneiras típicas de pensar e agir associada a vivência da dor. Discutiu-se o sentido da vivência da dor nas práticas de saúde coletiva em três artigos que abordam: a alteridade da dor, a alteridade do corpo do velho e o cuidado da dor nas práticas de saúde coletiva. A vivência da dor modula o conceito de saúde/doença dos entrevistados e medeia a produção de alteridade nas práticas de saúde coletiva, configurando a necessidade de um diálogo alteritário que nem sempre se estabelece com o profissional que cuida. É fundamental que este diálogo aconteça para que seja transmutado em cuidado que alivia e conforta. A vivência álgica desafia os serviços públicos de saúde, particularmente em relação às tecnologias das relações de cuidado, pois precisa encontrar na relação com a alteridade o acolhimento necessário de sua expressão - condição basilar no campo da saúde.

Palavras-chave: Idoso, Dor, Saúde do Idoso, Saúde Pública

Abstract

Chronic pain is a major issue in collective health practices involving socio-cultural and psychosocial dimensions in the experience and expression of the painful phenomenon, mobilizing a multitude of human and technological resources for the care of pain chronicity. Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with tissue damage - real or potential - and described in terms of such damage. The objective of this research was to understand the perception of the elderly from Bambuí on pain management in the field of public health practices and their influence on the old conception of yourself, your body and your health. The survey was conducted from the perspective of qualitative approach of anthropological and based on assumptions of ethnography. The universe of study was composed of 57 elderly patients (27 men and 30 women) aged between 62 and 96 years. The data collection technique used was semi-structured individual interviews with. We used the model of signs, meanings and actions developed by Corin and employees in the collection and analysis of data, to allow the systematization of the context of the elements participating in the construction of typical ways of thinking and acting associated with experiencing pain. Discussed the meaning of the experience of pain in the collective health practices in three articles that address: the otherness of pain, the old body of otherness and the care of the pain of public health practices. The experience of pain modulates the concept of health / disease of respondents and mediates the production of otherness in collective health practices, setting the need for dialogue alteritário not always established with the professional care. It is essential that this dialogue happens to be transmuted into care that soothes and comforts. The Algic experience challenges public health services, particularly in relation to technology care relationships, you need to find the relationship with otherness the host need of expression - the fundamental condition in the health field.

Key Words: Aged, Pain, Elderly Health, Public Health

Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxograma da Análise dos Dados da Pesquisa.....	64
---	----

Lista de Quadros

Quadro 1 – Dados demográficos e codificação entrevistados 1 a 5.....141

Quadro 2 – Dados demográficos e codificação entrevistados 16 a 30..... 142

Quadro 3 – Dados demográficos e codificação entrevistados 31 a 45..... 143

Quadro 4 – Dados demográficos e codificação entrevistados 46 a 57..... 144

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

UBS - Unidades Básicas de Saúde

Sumário

1 Introdução	17
1.1 Dor e Envelhecimento no Campo da Saúde	24
2 Justificativa.....	27
3 Objetivos	29
3.1 Objetivo Geral	30
3.2 Objetivos Específicos	30
4 Revisão de Literatura	31
4.1 História Recente do Estudo da Dor	34
4.2 O Estatuto Sociocultural da Dor	37
4.3 Privacidade, Subjetividade e Intersubjetividade na Vivência da Dor	41
4.4 Conceito e Experiência de Alteridade	44
4.5 Os Conceitos de Experiência (<i>Erfahrung</i>) e Vivência (<i>Erlebnis</i>)	47
5 Quadro Teórico da Pesquisa.....	52
5.1 Antropologia Hermenêutica	53
5.2 Antropologia Médica.....	55
6 Percurso Metodológico.....	58
6.1 Local de Estudo.....	60
6.2 População de Estudo	61
6.3 Metodologia de Signos, Significados e Ações.....	62
6.4 Coleta dos Dados da Pesquisa	63
6.5 Análise dos Dados da Pesquisa.....	64
6.6 Aspectos Éticos.....	65
7 Resultados e Discussão.....	67
7.1 Artigo 1 - Alteridade da Dor nas Práticas de Saúde Coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas.....	68
7.2 Artigo 2 - Alteridade do Corpo do Velho: estranhamento e dor na saúde coletiva.....	88
7.3 Artigo 3 - O Cuidado da Pessoa Idosa em Dor no Campo de Práticas da Saúde Coletiva	109
8 Considerações Finais	126

Referências.....	130
Anexos.....	139
Anexo I - Carta de Aprovação N.º 02/2010 - CEP / CPqRR.....	140
Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	141
Anexo III - Dados Demográficos e Códigos dos Idosos Entrevistados.....	142

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho ancorado na amplitude do olhar antropológico reconhece a vivência da dor como oportunidade de constituição de relações e de encontro com a alteridade do outro e alteridade de si mesmo, de qualificação das tecnologias das relações de cuidado e de valorização da integralidade da experiência e da história da pessoa idosa que vivencia a situação álgica. A vivência da dor pode ser um lugar privilegiado para discussão sobre a necessidade da humanização das relações em serviço e do acolhimento da experiência álgica no campo de práticas da saúde coletiva.

O contorno desse olhar nasce no contato com a realidade da dor presente, ainda que de forma incipiente e inicial, nos primeiros movimentos de discussão dos dados de pesquisas do *Projeto Abordagem Antropológica da Incapacidade Funcional em Idosos* na cidade Bambuí. Grande parte dessa reflexão sobre a vivência da dor já se mostrava como possibilidade, sendo que a sua transformação em objeto de estudo foi um lento e progressivo trabalho de transformação do querer saber sobre a dor do idoso em um projeto de investigação.

A concepção da pesquisa lança as primeiras trilhas e começa a se desenhar a partir de dois momentos específicos da minha trajetória acadêmica e produção bibliográfica:

- primeiro momento, na discussão que fizemos na dissertação de mestrado sobre o corpo da velhice, efetivando a pesquisa sobre o enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. Os significados dessa reflexão apontaram para a vivência da dor como contexto existencial presente na experiência da incapacidade funcional, configurando na singularidade do campo de fala dos idosos em Bambuí e na mediação dos dados da cultura local, a percepção do universo de pesquisa de que “a incapacidade é experimentada como natural (é da idade), irreversível (não tem jeito) e **dolorosa (tudo dói)**, e pode ser traduzida e sintetizada na expressão: *não dou conta*” (SANTOS et al., 2013, p. 2323). A dor que se apresentava como parte fundamental da realidade e vivência cotidiana da pessoa idosa em Bambuí, embora não sendo nosso objeto de estudos naquele momento, já nos mobilizava e instigava ao desejo da pesquisa e do saber.

Na articulação da dor com os sentidos presentes na vivência da incapacidade funcional, percebemos que o cotidiano e existência da pessoa idosa produz um atravessamento que lhe impõe a necessidade de compor um enfrentamento que lhe restitua significados na experiência da incapacidade em um corpo da velhice. Nessa perspectiva, o campo relacional, dimensionado como índice que qualifica a saúde do idoso na sua forma de organização como ser no mundo diante da incapacidade funcional, se fortaleceu como parte fundamental de nossa reflexão:

*“[...] A incapacidade funcional faz ponte a uma **dor** que não se limita ao seu sentido objetivo e concreto, mas envolve uma percepção subjetiva de uma perda de si mesmo. A **dor** desse corpo que envelhece e se torna incapaz se dá não simplesmente **porque separa ou dificulta o acesso do sujeito aos objetos, mas porque separa e dificulta o acesso desse sujeito às pessoas**. Por isso o *Religare*, na medida em que institui a companhia dessa *Alteridade Divina* presente na cultura, torna a vida mais suportável.” (SANTOS et al., 2013, p. 2326).*

- segundo momento, ao analisarmos especificamente o campo relacional na saúde como uma tecnologia de cuidado para a assistência aos idosos na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Bambuí, verificou-se que o nosso universo de pesquisa, “ao avaliar os serviços de saúde, chama atenção a importância que é dada ao **encontro entre o sujeito idoso e o profissional de saúde**” (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014, p. 3445). Dessa forma, a qualidade das interações entre usuário-profissional de saúde foi o elemento chave para a avaliação dos idosos sobre a capacidade resolutiva e efetividade dos atos de cuidado na ESF.

A partir desse lugar a temática da dor nos interroga como possibilidade de vivência no campo relacional das práticas de cuidado e nos traz questões sobre a sua implicação para a saúde da pessoa idosa. A concepção desse trabalho de pesquisa compreende o humano a partir das relações historicamente construídas numa dada cultura, configurando a sua vivência coletivamente no campo de práticas da saúde a partir de sua dimensão de

alteridade. Na perspectiva de Bussoletti & Guareschi (2011), “*pensar o humano é assim manter coesa a íntima relação eu-outro*” (p.74).

Dessa maneira, a vivência da dor nas práticas de saúde coletiva representa uma modalidade de relação com o outro, com a vida e consigo mesmo, a partir dos sentidos de uma existência corporal construída historicamente e compreendida pela mediação dos significados dos dados socioculturais locais. Portanto, a dor evidencia a perspectiva do coletivo na saúde, explicitando de acordo com Moreira (2004), três tipos de produção de alteridade:

- o outro como aquele que atende ao grito de socorro;
- o outro como agente da dor;
- e o outro no interior de si próprio.

Dessa forma a discussão dos achados nessa pesquisa se orientou na perspectiva do coletivo do campo de práticas em saúde, privilegamos a discussão da dor como um dado da condição humana que perpassa o indivíduo em seu inteiro e configurado por sua história relacional.

Mas a dor, além de nos interrogar no campo relacional, nos trouxe a reflexão da vivência álgica em um corpo envelhecido e marcado pelas cicatrizes do **tempo**. A percepção dos idosos de Bambuí sobre a incapacidade funcional traz uma consciência da temporalidade e a dolorosa perspectiva do corpo que se experimenta no transcórre do fluxo da vida. O envelhecimento percebido no tempo se faz consciência de dor de não ser mais o que se foi, de ser estrando de um lugar que se partiu, trazendo os signos e significados próprios de uma saudade. Entre a memória (passado) e a fantasia (antecipação de um vir a ser) o tempo ocupa a vida naquilo que no presente nos mobiliza como recurso ao prazer ou a dor. O desafio seria saber escutar os idosos pesquisados sobre a direção da nostalgia em que a dor os remete.

A partir dessa questão que surge igualmente a partir da reflexão deixada na pesquisa de mestrado, passamos a nos interrogar sobre os sentidos de um corpo-tempo-nostalgia e suas implicações no cotidiano da vida e saúde do nosso universo de pesquisa, impulsionado pela perspectiva de que:

“[...] a sensação produzida pelo corpo diante da incapacidade funcional, sendo definido no campo de fala do idoso como aquele que se modificou negativamente no **tempo**, alterando sua relação com o cotidiano da vida e existência no mundo, anunciando sua finitude.” (SANTOS et al., 2013, p. 2323).

Dessa forma a investigação das representações e comportamentos concretos presentes no campo de práticas de saúde coletiva associados à vivência da dor, na visão dos idosos da comunidade da cidade de Bambuí, foram sendo discutidas em achados interpretados e construídos em três artigos como resultado da pesquisa, apresentados nesse volume de tese, a saber:

Artigo 1	<i>Alteridade da Dor nas Práticas de Saúde Coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas</i>
Categorias Analíticas	A vivência da dor na saúde e na doença
	A dor e o cuidado nos serviços públicos de saúde

Artigo 2	<i>Alteridade do Corpo do Velho: estranhamento e dor na saúde coletiva</i>
Categorias Analíticas	Alteridade e estranhamento do corpo envelhecido
	Alteridade e dor no adoecimento do corpo do velho

Artigo 3	<i>O Cuidado da Pessoa Idosa em Dor no Campo de Práticas da Saúde Coletiva</i>
Categorias Analíticas	A dor no contexto de vida
	A linguagem no cuidado do sujeito em dor
	A dor infligida nas práticas de cuidado

Esses artigos são apresentados no capítulo de resultados e discussão do nosso percurso de pesquisa:

O artigo ***“Alteridade da Dor nas Práticas de Saúde Coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas”*** está publicado na edição de dezembro de 2015 (vol.20, n.12, pp.3713-3721) da revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Nesse artigo fazemos uma discussão da dor como vivência solipsista que acontece sem a mediação do outro no seu mal-estar; enquanto o sofrimento configura uma experiência alteritária de quem sofre e dirige ao outro a sua demanda. Buscamos compreender o significado atribuído pelos idosos da comunidade sobre sua vivência álgica a partir da abordagem conferida à dor nas práticas de saúde coletiva. Em seus resultados observou-se o sentido da vivência da dor no campo de práticas da saúde coletiva em relação a duas categorias analíticas associadas à vivência da dor na saúde e na doença e a dor e o cuidado nos serviços públicos de saúde. Para o universo pesquisado a vivência da dor modula o conceito de saúde/doença e medeia a produção de alteridade nas práticas de saúde coletiva, configurando a necessidade de um diálogo alteritário que nem sempre se estabelece com o profissional que cuida. É fundamental que este diálogo aconteça para que seja transmutado em cuidado que alivia e conforta.

O artigo **“Alteridade do Corpo do Velho: estranhamento e dor na saúde coletiva”** discute o fato do corpo doente na velhice tornar-se estranho e revelar no percurso do tempo uma consciência de alteridade para a pessoa idosa que o experimenta, posto que para o universo de pesquisa o corpo de dor do velho não é mais dócil à sua vontade pessoal, destituindo-o do seu lugar de sujeito e contemporâneo de si mesmo. Neste artigo buscamos analisar a alteridade como um componente essencial da experiência corporal do idoso e elemento importante para o contexto de cuidado à saúde. Em seus resultados observou-se o sentido da produção de alteridade em relação a duas categorias analíticas associadas à alteridade e estranhamento do corpo envelhecido e alteridade e dor no adoecimento do corpo do velho. Em seus achados, nota-se uma cisão entre o corpo ativo da memória e outro vivido no presente do corpo doloroso do velho, configurando na produção de alteridade o sentido próprio de um corpo nostalgia. Os sentidos da experiência corporal na velhice podem repercutir na saúde coletiva no enfrentamento do autocuidado e adesão ao tratamento pela pessoa idosa.

Para o artigo **“O Cuidado da Pessoa Idosa em Dor no Campo de Práticas da Saúde Coletiva”**, a discussão foi construída na perspectiva dos aspectos culturais presentes no manejo da dor e sua consequente determinação do processo comunicativo e de entendimento entre os profissionais de saúde e idosos assistidos nos serviços públicos de saúde que compõem nosso universo de pesquisa. Em seus resultados observou-se o sentido da vivência álgica em três categorias analíticas associadas a dor no contexto de vida, a linguagem no cuidado do sujeito em dor e a dor infligida nas práticas de cuidado. Dessa forma o cuidado da dor na saúde coletiva também pode infligir dor nas pessoas assistidas e produzir vulnerabilidades, apesar da intencionalidade de querer cuidar. Os sentidos da linguagem utilizada no encontro profissional-usuário pode ser elemento determinante para o processo de cuidado ou não, interferindo na sua efetividade. Compreender a produção de fala na abordagem da vivência álgica e seu alcance no universo da cultura local dos idosos é fundamental para o cuidado do sujeito em dor, podendo inclusive ser parte do acolhimento e alívio mediado por uma postura antálgica na produção de cuidados. No cuidado da dor é importante entender igualmente o limite da

linguagem humana que deixa um 'resto' que não se apreende na abordagem verbal, ficando passível de manejo somente pela linguagem não verbal do toque, do olhar e da presença incentivadora e suportiva de quem produz cuidados.

Assim como Fernando Pessoa, talvez fascinado pelo sentido ambivalente e misterioso da dor do " *fingidor*", busquei no nosso universo de pesquisa a vivência que mistura e unifica real e imaginário, o eu e o outro, presente e passado, individual e coletivo, na intensidade daquele que finge que é dor. Mas compreendendo essa vivência como sendo própria daquele que " *finge tão completamente*" que integra e unifica no todo de si os sentidos de corpo e alma, pois na vida só se pode fingir " *a dor que deveras sente*".

1.1 Dor e Envelhecimento no Campo da Saúde

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional (BRASIL, 2006), configurando a experiência de doenças crônicas em idosos associada às queixas de dor. A presença da dor no cotidiano do idoso altera radicalmente a existência na velhice, na medida em que instiga, consome e enfraquece o que ele tem de mais precioso - a vida -, diminuindo consideravelmente a qualidade das condições de existência e bem-estar global do indivíduo (CELICH; GALON, 2009).

Nesse contexto, os serviços de saúde precisam responder a demandas objetivas de pessoas idosas, predominantemente, com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre as DCNT, a artrite, o acidente vascular encefálico, o diabetes, por exemplo, podem ser associadas às queixas dor crônica em várias articulações do corpo (SANTOS; GRIEP, 2013), comprometendo consideravelmente a autonomia no desempenho em atividades básicas de vida diária (ABVDs), com repercussões na funcionalidade, independência, autoestima e qualidade de vida do sujeito (CUNHA; MAYRINK, 2011).

A vivência álgica desafia os serviços públicos de saúde, particularmente em relação às tecnologias das relações de cuidado (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014), pois precisa encontrar na relação com a alteridade o acolhimento necessário de sua expressão - condição basilar no campo da saúde. Além disso, muitas vezes, o interjogo de passividade domina a pessoa quando algo em si dói, o que a faz esperar que alguém tome uma atitude por si na sua dor (BIRMAN, 2003). É preciso, portanto, construir uma prática baseada no entendimento do cuidado como experiência relacional e mediadora entre a pessoa idosa e o profissional de saúde inserido no horizonte de trocas interpessoais (MARTINS, 2011), fazendo desse diálogo um ato hermenêutico.

Dessa forma, na relação profissional/usuário nos serviços de saúde, ao se estabelecer o diálogo, não basta apenas fazer o usuário falar sobre aquilo que o profissional pensa ser relevante saber, mas ouvir a pessoa idosa que demanda o cuidado de si na dor e no que ela percebe ser indispensável, para que ambos saibam como colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados (GADAMER, 2004).

Na saúde coletiva, a capacidade de perceber o outro como extensão diferente e igualmente valorizada de si mesmo implicaria em ações sucessivas de inclusão, dignificação e liberação desse mesmo outro (MARTINS, 2011). Considerando-se a integralidade, é fundamental reconhecer, na visão do próprio sujeito, como se dá a abordagem do sujeito idoso com dor nas práticas de saúde coletiva, pois a dor é o sintoma mais subjetivo cuja visibilidade e mensuração dependem do relato do paciente, não havendo exames de imagem ou de laboratório que possam constata-la (MINATTI, 2012).

Por sua vez, a produção do cuidado desenvolvido nas ações e serviços de saúde implica na responsabilização dos serviços e dos trabalhadores em construir conjuntamente com os usuários idosos uma resposta possível a suas dores, angústias, problemas e aflições. O SUS deve não apenas produzir consultas e atendimentos, mas neste processo de consultar e atender produzir conhecimento, responsabilidade e autonomia em cada usuário (BRASIL, 2008).

Portanto, a compreensão da dor do velho não pode ser o registro unilateral do saber a dor por quem cuida, mas a narrativa própria de quem a vivencia. Somente quando a pessoa manifesta ao outro a sua dor é que esta tem a possibilidade de ser compreendida em seu registro pessoal e singular (GINZBURG, 2007). Enquanto a vivência da dor for vista somente do lado de fora pelos profissionais de saúde, o cuidado não se efetivará, permanecendo o impasse e o antagonismo entre a vertigem de isolamento de quem sente a dor e o saber profissional que cuida da vivência álgica na velhice e naturaliza a dor nessa etapa da vida.

E nesse quadro persistem ainda muitas lacunas a serem exploradas no entendimento de como os idosos lidam com a vivência da dor na perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis, como as relações sociais e o contexto cultural que modulam esse processo. Existe fundamentalmente a necessidade de se compreender as suas estratégias de enfrentamento, articulando a sua maneira de ser no mundo e de ser para o outro no seu universo social com especificidade dos significados associados à dor nas práticas de saúde coletiva. As respostas a estas indagações podem auxiliar a saúde pública a identificar e responder às demandas percebidas.

2 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa se justifica pela magnitude de seu objeto de estudo em um contexto de envelhecimento, adquirindo importância social e científica em função de suas implicações para o campo da saúde.

A realidade da dor adquire importância para a pessoa idosa na medida da centralidade que essa temática ocupa na velhice, confrontando o idoso com sua fragilidade, ameaça a sua segurança, perda da autonomia e independência. No cotidiano da vida a dor se estabelece impedindo muitas vezes sua capacidade de realizar as atividades da vida diária, bem como limitando sua capacidade de interação e convívio social, trazendo sérias repercussões sobre a vida e, especificamente, para a saúde. Nessa perspectiva, a importância da temática no contexto de envelhecimento fundamenta a necessidade da pesquisa e atualidade da reflexão.

Para a perspectiva do campo de práticas da saúde coletiva, o presente estudo se justifica na medida em que a experiência da dor é o lugar privilegiado que possibilita a reflexão sobre a:

- desejada mudança de um modelo assistencial que tem privilegiado o cuidado da “doença processo” ao invés do doente e compreendido a velhice como doença e seus agravos, “*coisas da idade*”;
- “doença experiência”, contribuindo para que sua abordagem nas práticas de saúde coletiva possa reconhecer a singularidade da pessoa idosa por meio de um acolhimento centrado na escuta e no diálogo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção dos idosos de Bambuí sobre a abordagem da dor no campo de práticas da saúde coletiva e sua influência na concepção do idoso sobre si, seu corpo e sua saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Compreender como os sujeitos idosos, a partir da sua experiência de dor:
 - Estabelecem modos de viver, pensar e agir no cotidiano, conferindo significado(s) à sua própria vivência;
 - Interpretam as formas como os profissionais de saúde abordam sua dor no campo de práticas dos serviços públicos de saúde;
 - Significam o corpo e a velhice no contexto do saber biomédico e dos serviços de atenção à saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A palavra "dor" demonstra em sua etimologia uma visão muito mais ampla do que é comumente sugerida pelo paradigma do saber biomédico (BENDELOW; WILLIAMS, 1995). Em sua origem a palavra dor procede do Latim (*poena*), com derivação do grego (*poínê*) que tem como significado punição, penalidade, castigo (SILVA et al., 2007; FREE, 2002). Dessa raiz etimológica surge a palavra dor em inglês - *pain* - e o conceito de pena para o universo jurídico. O termo dor também possui outra fonte que é a raiz etimológica comum do latim para as palavras dor e doença (no latim, *dolor* e *dolentia* respectivamente), configurando uma íntima e expressiva relação existente entre a experiência da dor e da doença (FERREIRA, 1994).

Morris (1991) enfatiza que historicamente a humanidade, em todos os tempos e em todas as culturas, persistentemente entendeu a dor como um evento que demanda interpretação. O significado religioso, filosófico e político da dor definiram predominantemente o sentido do sofrimento humano ao longo da história (MELDRUM, 2003).

As civilizações antigas acreditavam que a dor e a doença eram causadas e curadas por entidades sobrenaturais (UNRUH, 2007). Sentido presente nos primórdios da Humanidade, os maus espíritos tinham a atribuição de infligir dor às pessoas como punições por faltas cometidas, configurando um pensamento sustentado por um modelo pré-lógico em culturas que justificavam os mecanismos e tratamentos da dor baseadas na imaginação coletiva (LEMOS et al., 2010).

Na antiguidade e idade média a dor era uma forma possível de devoção que aproximava o homem de Deus e purificava a alma. (LE BRETON, 2013). Segundo Canesqui (2011) as religiões fornecem um sistema de valores morais que repercute na cultura como maneiras específicas como as pessoas religiosas pensam e agem com a realidade da dor. Nessa perspectiva, em cada sociedade e momento histórico, os sistemas religiosos integraram a dor e o sofrimento humano em sua explicação do universo.

Na filosofia, Aristóteles e outros filósofos gregos antigos compreenderam a dor como uma paixão da alma, conceituação que permaneceu amplamente aceita por cerca de 22 séculos, fazendo com que o tratamento permanecesse

empírico e muitas vezes ineficaz (BONICA, 1991). A dor, enquanto qualidade ou paixão da alma, seria desagradável por ser a experiência oposta ao prazer; sendo que o prazer poderia ser obtido através do alívio da dor (CHENG; FOSTER; HUANG, 2003).

Para Aristóteles (1991) a paixão é acompanhada de prazer ou de dor e, sendo que as virtudes dizem respeito as ações e paixões, conseqüentemente a virtude vai se relacionar com as dores e prazeres: por exemplo, sentir prazer em decorrência de haver realizado ato virtuoso ou a dor do castigo pode ser uma cura (ARISTÓTELES, 1991). Assim como Platão, Aristóteles pensava a dor como emoção, um estado de sentimento antítese do prazer, e, na medida em que o prazer seria uma atributo característico da mente, dedutivamente a dor igualmente o seria, não sendo, portanto, uma percepção do corpo (MOAYEDI; DAVIS, 2013).

Outro filósofo que, no seu tempo, trouxe enorme contribuição para a reflexão e entendimento sobre a dor foi René Descartes. Durante o renascimento (século XVII), Descartes foi um dos primeiros filósofos ocidentais que descreveu um percurso somatossensorial detalhado em seres humanos estabelecendo uma hipótese científica sobre a origem da dor: em sua descrição dos nervos, ele os percebeu como túbulos ocos que transmitiam informações tanto sensorial quanto motora (MOAYEDI; DAVIS, 2013).

Dessa maneira Descartes refutou a ideia de que a dor vem de fora, propondo que a dor é na verdade um processo mecânico interno do corpo que, por ser uma máquina, pode ser estudado usando os métodos experimentais da física desenvolvidas por Galileu e outros (MELZACK, 1993), configurando a dor como uma perturbação interna dentro da máquina “corpo” que em sua trajetória passava dos nervos para o cérebro.

Dois séculos depois a dor se transforma em assunto exclusivo da biomedicina, pois na primeira metade do século XIX, com o isolamento da morfina e a identificação dos receptores e transmissores dos impulsos nervosos, a dor passa a ser um fenômeno marcadamente biológico explicado pela fisiologia, configurando o sentido de separar a dor física do sofrimento social (MICELI, 2002).

Entretanto a contemporaneidade resgata, na perspectiva multidimensional, os sentidos socioculturais da experiência da dor. Morris (1991) faz uma interpretação, a partir de sua crítica social, dizendo que “a dor humana está saturada de política” (p.145), exatamente porque são os pobres e desempoderados aqueles que, na vida, estão mais próximos da dor. Para ele, o sofrimento e dor do adulto ou criança pobre de um país do terceiro mundo não se dá porque elas escolhem estar famintas, mas pela exclusão do acesso das pessoas às condições materiais e sociais mínimas de sobrevivência digna. Este quadro de dor se configura no campo da vida prática cotidiana como panorama de uma quase invisível distribuição de poder político, social e econômico, perverso e indutor de dor no mundo (MORRIS, 1991).

A partir desse momento da história os humanos começaram entender, e em parte aceitar, que “a dor que experimentam deve tanto às suas culturas quanto ao seu sistema nervoso” (MORRIS, 1998, p. 114).

4.1 História Recente do Estudo da Dor

O estudo da dor tem sido tradicionalmente dominado pelo campo da biomedicina, concentrando sua análise sobre os aspectos neurofisiológicos do diagnóstico, investigação e tratamento, o que reduz a experiência da dor a um sistema complexo de transmissão de sinais, em vez de concebê-la como moldada igualmente pelo indivíduo em sua subjetividade e seu contexto sociocultural (BENDELOW; WILLIAMS, 1995).

Na história do mundo ocidental, a partir das décadas de 50 e 60 do século XX, a discussão sobre a experiência algica proporcionou profundas modificações ao conceito de dor, configurando a sensação dolorosa, além dos aspectos físicos, em seus sentidos culturais e emocionais (PIMENTA, 1998). Um marco importante na discussão da dimensão sociocultural da experiência da dor crônica foi introduzido em 1969 pelo antropólogo Mark Zborowski com a publicação de suas pesquisas no livro “*People in Pain*” (ZBOROWSKI, 1969). Especificamente, Zborowski estudou o papel da dimensão étnica na expressão da dor dentro do contexto de um hospital de veteranos (ESCANDELA, 1993). O

seu universo de pesquisa foi constituído de três grupos de pacientes entre a primeira ou segunda geração de americanos de ascendência judaica, italiana e irlandesa e um quarto grupo de brancos americanos, principalmente protestantes de terceira ou quarta geração. Inspirado nas diferenças da visão do mundo de cada grupo étnico, seu estudo buscava explicar a reação dos "velhos *yankees*", irlandeses, judeus e italianos para a vivência da dor do corpo. Os achados da pesquisa revelaram que as reações frente à dor dos quatro grupos étnicos foram: os *yankees* são mais contidos na expressão da dor; judeus e italianos são expressivos; judeus estão mais preocupados com o futuro de significância de sua dor; italianos, com foco no presente são simplesmente aliviados porque a dor desapareceu.

Para Encandela (1993) as pesquisas de Zborowski (1969) mostraram que cada grupo étnico ofereceu a seus membros padrões de atitudes e reações à dor que eram específicas para o respectivo grupo. Estes padrões foram mediados por famílias que, pela aprovação ou desaprovação social, promoveram formas específicas de comportamento relativo à dor para cada grupo. Como tal, a dor é significada de forma singular em cada grupo étnico e responde por comportamentos e atitudes aprendidas pelas pessoas que sofrem dor dentro das culturas em que foram socializados.

Entretanto, algumas críticas não tardaram em aparecer, principalmente dos pesquisadores do campo da antropologia médica da Universidade de Harvard. Nessa perspectiva, Good et al. (1994) classificam os estudos de Zborowski (1969) de estereótipos culturais a-históricos e imutáveis, construídos como que elevados acima das particularidades da pessoa, gênero, situação e contexto. Esses estereótipos étnicos não levam em consideração que a experiência da dor pulsa nas pessoas afetando-as a partir da qualidade de uma história única, em uma determinada comunidade e período histórico e, sobretudo, com os medos, anseios, aspirações particulares e singulares. Além de um conceito inadequado da dimensão étnica e do nível superficial de entendimento sobre a questão da pesquisa, segundo Good et al. (1994), a análise cultural de Zborowski (1969) fracassa ao definir a vivência da dor como uma característica íntima (ou interior) da experiência vivida dos indivíduos no contexto de seu mundo social local e época histórica.

Mas tanto Encandela (1993) quanto Good et al. (1994) concordam que Zborowski (1969) foi um dos pioneiros que nos fez conscientes, através de sua pesquisa, de que a dor não é só uma experiência neurológica ou fisiológica, mas também e igualmente cultural. Estes autores entendem que o trabalho de Zborowski (1969) abriu uma janela de oportunidade para os cientistas sociais desenvolverem uma sociologia / antropologia da dor através de possíveis investigações e da construção da teoria. Além disso, ele demonstrou como a dor pode ser uma 'lente' através do qual podemos analisar os fenômenos sociais e culturais.

Uma década depois dos estudos de Zborowski (1969), a Associação Internacional para o Estudo da Dor - IASP (1979) publicou as recomendações de sua subcomissão sobre taxonomia no que diz respeito às definições de termos relativos à dor, adotando a definição de dor como **“uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tissular real ou potencial, e descrita em termos de tal dano”**. Posteriormente uma nota foi acrescentada à definição da IASP pontuando alguns sentidos complementares e consequentes da própria definição de dor, ampliando o entendimento sobre ela.

Em nota explicativa, a IASP (1979; 1994) esclareceu que a dor é sempre subjetiva e que cada indivíduo aprende a utilizar as palavras que comunicam a dor através de suas experiências traumáticas vivenciadas desde o início da vida. O silêncio verbal do indivíduo em face de sua dor não significa que ele não esteja experimentando a dor, por outro lado, ainda que a dor seja comunicada, a lesão pode ser real ou potencial, havendo ainda pessoas que relatam dor sem quaisquer danos nos tecidos ou outra causa fisiopatológica provável e que isso ocorre por motivos psicológicos. De todo modo, a dor é uma sensação desagradável e, portanto, é uma experiência emocional, não havendo nenhuma maneira de distinguir se a experiência da dor é devido a danos nos tecidos se tomarmos o relato subjetivo. Por isso, ainda que, na maioria das vezes, a dor tenha uma causa física próxima, o conceito de dor da IASP (1979; 1994) evita amarrar dor ao estímulo, visto que a atividade induzida no nociceptor e vias nociceptivas por um estímulo nocivo não é a dor, pois dor é sempre um estado psicológico.

Morris (1991) chama atenção para o fato da IASP (1979; 1994) ter conceituado a dor não como uma sensação, mas como uma experiência; igualmente é fundamental notar que eles não exigem dano orgânico real e atual, mas apenas que a experiência possa ser descrita "em termos de" tal dano orgânico.

A grande contribuição da definição de dor da IASP (1979; 1994) é o fato de alterar o foco da conceituação do estímulo para a percepção. O estímulo não é dor e não pode ser uma medida da dor, podendo ser múltiplo e complexo enquanto etiologia da dor, guardando sentidos de dualismo na pluralidade de suas fontes (MERSKEY, 1991). Mas a dor enquanto experiência de um indivíduo configura a unidade da realidade caracterizada como monismo. Nesse sentido a dor rompe com o com o dualismo resultante da divisão cartesiana inevitável entre corpo e mente (BENDELOW; WILLIAMS, 1995) passando entender que a experiência algica alcança a pessoa na sua inteireza, pois o que dói não é o corpo, mas toda a pessoa.

4.2 O Estatuto Sociocultural da Dor

O estudo da dor está na intersecção entre a biologia e a cultura, tornando-se um tema pertinente para a investigação sócioantropológica (BENDELOW; WILLIAMS, 1995). Em seu domínio biocultural a dor é considerada como uma experiência genuinamente subjetiva e pessoal, sendo a sua percepção caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e intensidade sensorial, sendo afetada por diferentes variáveis afetivos-motivacionais (SOUSA, 2002). Assim a dor é, portanto, uma experiência de dupla inscrição, pois se objetiva na concretude biológica do corpo, mas sujeita à interpretação a partir do universo de significados de sua própria singularidade e contexto sociocultural.

Nas Ciências Humanas e Sociais, o corpo e a dor são definidos como construções simbólicas, constituídas no cerne da relação do indivíduo com seu mundo social. Por sua vez, a dor está no cerne da relação do sujeito com o mundo e de sua experiência acumulada com ele, ultrapassando, portanto, as

configurações do signo clínico, estabelecidas pela medicina (CANESQUI, 2011). Isso confere à dor o sentido de experiência inscrita numa ordem social e cultural.

Nesta perspectiva, não apenas sentir, mas expressar a dor implica códigos culturais, que sancionam as formas de manifestação dos sentimentos (SARTI, 2001). As discussões de pesquisas etnográficas sobre dor, sofrimento e emoções, atestam a diversidade cultural da experiência humana.

Para Sarti (2001) a vivência da dor pode ser pensada, na perspectiva antropológica, a partir de três ideias fundamentais que permitem a articulação da experiência algica entre indivíduo e cultura, a saber:

- Primeiro, na experiência da dor manifesta-se claramente a relação entre o indivíduo e a sociedade. A dor é uma experiência individual que se inscreve num campo de significação elaborado e partilhado coletivamente. Nessa perspectiva, a dor articula dialeticamente os sentidos daquilo que é individual e social, pessoal e coletivo, conferindo significado à experiência de quem a vivencia a partir da imersão da pluralidade social da vida. O corpo é, portanto, uma realidade que não existe fora do social, nem lhe antecede;

- Segundo, a dor se insere num universo de referências simbólicas, configurando um fato cultural. O mundo objetivo e o subjetivo consubstanciam-se em realidade mediante a simbolização. Esse processo é uma construção de toda a existência da pessoa numa elaboração histórica e cultural, sendo transmitida pela socialização, iniciada ao nascer e renovada ao longo da vida. A dor é, portanto, uma construção histórica elaborada pelos significados socializados a partir dos dados da cultura;

- Terceiro, as formas de sentir e de expressar a dor são códigos culturais e a própria dor, como fato humano, constitui-se a partir dos significados conferidos pela própria coletividade. Esses códigos culturais sancionam as formas de manifestação dos sentimentos, no sentido de uma experiência inscrita social e culturalmente. Nesse sentido a experiência da dor se expressa captando a ordem simbólica da sociedade em que vivemos, produzindo uma ordenação do mundo pelo significado que lhe é atribuído.

A dor é, portanto, uma experiência complexa influenciada por diversas variáveis, sendo que o contexto sociocultural influencia a percepção e o comportamento associado da pessoa que vivencia a dor (CALLISTER, 2003). Morris (1991) entende que a dor está saturada do enquadramento visível e invisível que a especificidade da cultura nos impõe, de tal maneira que aprendemos a sentir a dor na maneira da cultura local onde fomos socializados e igualmente a dizer o que ela significa.

Dois estudos foram conduzidos para testar a hipótese de que a etnia pode refletir maior/menor reação ao frio em diferentes níveis de aculturação, analisando especificamente se americanos asiáticos são mais reativos à dor física do que os americanos europeus, e entre estudantes chineses continentais e nativos que viviam em Hong Kong. No primeiro estudo, primeira e segunda geração de americanos asiáticos e americanos europeus participaram da execução de tarefas estressantes ao frio intenso. As respostas de dor aumentada foram encontradas somente entre a primeira geração de americanos asiáticos. No segundo, o mesmo estudo foi replicado entre estudantes de mesma etnia (chinesa) e foram encontradas reações de dor intensa entre estudantes chineses da parte continental que viviam em Hong Kong em relação aos estudantes chineses nativos de Hong Kong. Estes achados sugerem um papel importante para a aculturação na contabilização de diferenças étnicas na sensibilidade à dor física (CHAN; HAMAMURA; JANSCHWITZ, 2013).

A experiência da dor mobiliza e configura uma gama poderosa de forças culturais como a especificidade de grupos étnicos, gênero, religião e classe social (MORRIS, 1991). Nessa perspectiva, a cultura desempenha um papel importante e fundamental na determinação de como interpretamos e expressamos a dor (ESPADINHA; SANTOS, 2012).

Segundo Helman (2009) os tipos de comportamento de dor ou reação à dor podem ser dois: a dor privada ou a dor pública. A organização privada de comportamentos de dor está em conformidade com o fato de que a dor é um dado privado na medida em que só saberemos o que a pessoa sente se ela

nos disser. No momento em que a pessoa comunica a sua percepção e experiência álgica a dor se torna um evento social público (HELMAN, 2009).

Em algumas culturas e grupos sociais a vivência da dor pode ser mantida no nível privado de forma deliberada, podendo não haver indicação externa ou mesmo algum sinal de que a pessoa esteja vivenciando a dor, mesmo quando a dor é muito intensa. Esse tipo de comportamento é comum entre sociedades que valorizam o estoicismo (HELMAN, 2009). As reações de estoicismo em face à própria vivência álgica configura a atitude de suportar a dor, significando uma postura de ter dor e não a manifestar ou fazê-la de modo contido e controlado ou com baixa intensidade e frequência (BERNARDES; LIMA; PAULINO, 2010). Essa postura impávida de suportar a dor pode, numa dada cultura, ter o significado de saber lidar bem com a dor.

Dessa forma, manter a dor no campo privado é sentido valorizado em algumas culturas que esperam, por exemplo, esse tipo de comportamento de homens, especialmente os mais jovens e os guerreiros que não podem exibir um comportamento público de dor na medida em que o seu significado cultural opera como sinal de masculinidade e força (HELMAN, 2009).

Numa perspectiva oposta, em algumas culturas, as pessoas reagem sem estoicismo configurando comportamento público de não suportar ou tolerar a dor, por menor que seja a sua intensidade. No contexto cultural não estoico as pessoas ficam emocionalmente perturbadas em face à experiência de dor, manifestando de forma verbal e corporal o seu padecimento, sendo que à mínima dor vão buscar apoio de outras pessoas (BERNARDES; LIMA; PAULINO, 2010). Isso corrobora o sentido de que a dor pública implica um relacionamento social (HELMAN, 2009), configurando a experiência de produção de alteridades.

4.3 Privacidade, Subjetividade e Intersubjetividade na Vivência da Dor

A dor é uma experiência subjetiva e privada, sendo que qualquer informação sobre o que se vivencia terá que provir apenas daquele que a sente (FERREIRA, 1994). Dessa forma, McCaffery (1968) define a dor como experiência subjetiva ao afirmar que o conhecimento e avaliação da dor só pode ser o auto relato da pessoa sob sua própria dor, configurando o sentido de que a dor é tudo o que a pessoa que a experimenta diz que é, sendo existente sempre o que ela diz que existe e da maneira como esse enquadramento se faz. Assim o padrão ouro para avaliar a existência e a intensidade da dor é o relato do paciente, não a opinião do profissional de saúde, sendo que nenhuma outra fonte de informação é mais precisa ou confiável do que aquilo que o paciente diz (PASERO; McCAFFERY, 2001).

Para Sussex (2009) a dor é privada porque resta interna para o experimentador e subjetiva porque não há nenhum teste experimental, biomecânico, bioquímico, elétrico ou comportamental dos usuários que prove a existência, intensidade ou natureza da dor. Na assistência aos usuários, os profissionais da saúde podem triangular os sintomas de dor que o paciente evidencia e manifesta com informações da ordem biológica, psicológica e social, mas para a compreensão da dor o canal principal é a linguagem (SUSSEX, 2009).

Cassell e Skopek (1977) compreendem a linguagem como o principal meio de acesso e instrumento predominante pelo qual a informação sobre o processo saúde/doença é transmitida entre o médico e seu paciente, razão pela qual o entendimento dos usos e funções da linguagem no campo de práticas da saúde é crucial para a assistência médica eficaz. Nesse sentido, Lima e Trad (2007) estabelecem como pilar do processo terapêutico para a experiência algica a necessidade do médico acreditar na dor do doente, superando a desconfiança do valor da subjetividade presente no campo de fala de seu paciente.

O significado da dor é influenciado pela experiência individual, social e cultural da pessoa, configurando a perspectiva de que esse significado só pode ser nomeado a partir da perspectiva da pessoa que vivencia a dor (FERREL; DEAN, 1995). Para Morris (1991) o significado da dor é exclusividade e singularidade da pessoas diante de sua dor, pois “nós experimentamos a dor somente e inteiramente como a interpretamos” (p.29).

Nessa perspectiva, é fundamental a reflexão do significado da dor a partir do pensamento de Wittgenstein (1999). Em seu arcabouço teórico, Wittgenstein entende que o conteúdo “dor” significa originariamente “minha dor”, admitindo do ponto de vista epistemológico que a dor é uma sensação privada, pois somente “eu” a conheço. Qualquer pessoa só tem a sua disposição a sua própria dor, pois somente esta pode senti-la. Nessa perspectiva e sob o ponto de vista ontológico a dor é igualmente uma sensação privada, pois somente “eu a possuo”, e somente a pessoa sabe que a possui.

Assim se a experiência da dor é uma sensação exclusiva da pessoa, a dor é uma vivência privada e somente a pessoa pode conhecê-la, sendo somente ela quem pode dizer sobre ela. Isso corrobora o sentido solipsista da dor, pois a privacidade epistêmica e ontológica implica que eu sei que tenho dor e que ninguém mais pode sabê-lo, mas somente conjecturar (WITTGENSTEIN, 1999). A questão corrobora o pensamento de Nasio (2008) que nos informa que vivemos cada uma das nossas dores de modo único e individual: *“o vivido de uma dor é sempre o vivido da minha dor. A dor que sinto é realmente a minha dor, uma vez que ela carrega o estigma do mais íntimo do meu passado”* (p. 30).

Entretanto, Wittgenstein reconhece que o significado da dor nomeado em palavras por aquele que a sente não pode ser estabelecido por sua experiência privada (VALLE, 2007). É impossível que o significado da palavra dor seja estabelecido por uma vivência do sujeito, pois a linguagem privada é aquela que carece de critérios públicos de significação, sendo somente possível estabelecer o significado de uma sensação quando tornada pública. A palavra sensação tem um uso público e se define por uma ação. Assim só podemos

saber o que significa a dor alheia no campo coletivo, mediada pela linguagem e significada no contexto de sua produção.

A dor pode ser aguda e episódica ou cronicamente constante e ininterrupta. A dor aguda, com duração de minutos ou horas, é uma característica onipresente da experiência humana, sendo relatada em algum momento por praticamente todas as pessoas no mundo, perpassando a extensão de todos os grupos étnicos, classes sociais, idade e sexo (GOOD et al., 1994). Geralmente a sua manifestação é indicada por gritos e expressões faciais de pessoas que a vivenciam. Scarry (1985) fornece uma descrição da natureza da dor aguda com base em situações de tortura, mostrando que a dor aguda resiste à língua. Esta se exprime por gritos e berros em uma linguagem pré-simbólica que resiste dar entrada no mundo da comunicação e do significado.

A dor crônica, de maneira contrária, dura meses, anos, ou uma vida inteira. Não é uma dor onipresente da experiência humana e nem se caracteriza por ter uma ocorrência universal. No entanto, a dor crônica não é rara na maioria das populações do mundo (Good et al., 1994). A dor crônica é uma importante questão nas práticas de saúde coletiva, envolvendo dimensões socioculturais e psicossociais na experiência e expressão do fenômeno doloroso, mobilizando uma multiplicidade de recursos humanos e tecnológicos para o cuidado da cronicidade da dor (LIMA; TRAD, 2007). E os atos de cuidado transforma a dor crônica em uma experiência intersubjetiva, corroborando o pensamento de Hanna Arendt (1987) de que “toda dor é suportável, desde que possamos construir uma história sobre ela” (p. 95).

A experiência da dor, embora solipsista, só pode ser comunicada, compartilhada com o campo social por comportamentos manifestos (PIMENTA; PORTNOI, 1999). Esses comportamentos podem ser motores (retorcer-se), sociais (retrair-se), mas fundamentalmente aquele que padece de dor crônica busca o sentido do encontro interpessoal e intersubjetivo presente comportamento verbal. A função da comunicação da experiência dolorosa e o tipo de comportamento que este processo comunicacional assume é amplamente definido pela cultura, bem como a resposta a esse comportamento (HELMAN, 2009).

Para Good et al. (1994) a experiência da dor crônica é fundamentalmente intersubjetiva na medida em que interfere no universo social da pessoa de maneira profunda, afetando a vida de toda a família, dos amigos mais próximos, dos colegas de trabalho, do cuidador, assim como de todos aqueles que participam do seu universo de dor. Nessa perspectiva é inadequado o olhar da prática biomédica em dizer a dor como experiência individual, o que metaforicamente seria o mesmo que aceitar um diagnóstico impreciso que na prática asseguraria um tratamento malsucedido (GOOD et al., 1994).

Byron (1994) configura a experiência da dor na perspectiva de centralidade na vida, adquirindo a proporção de uma experiência de totalidade, e não um único conjunto de sentimentos, mas uma dimensão de toda a sua percepção. A dor “flui para fora do corpo no mundo social, invadindo seu trabalho e se infiltrando nas atividades diárias” (p. 123).

Os aspectos culturais presentes no manejo da dor são fundamentais para a análise da conseqüente determinação do processo comunicativo e de entendimento entre os profissionais e idosos assistidos no campo de atenção à saúde. A importância da questão se afirma em estudos que têm demonstrado que o paciente pertencente à cultura diferente dos profissionais de saúde que tratam dele, recebe manejo inadequado para a sua dor (WEISSMAN; GORDON; BIDAR-SIELAFF, 2004).

Assim a vivência álgica configura o entendimento de que o lugar social do sujeito qualifica a sua dor e determina a reação do outro em face da dor que vivencia (SARTI, 2001). No campo da saúde, e na especificidade da saúde coletiva, os lugares dos atores sociais são estabelecidos no encontro usuário/profissional de saúde.

4.4 Conceito e Experiência de Alteridade

A alteridade, conceito central na antropologia, compreendida como estado, qualidade daquilo que é outro, distinto (SCHOLZE; DUARTE JÚNIOR; FLORES E SILVA, 2009), configura a posição do não-eu, cujos sentidos e

lugares são investigados para mostrar o outro como diferença, na singularidade de se colocar e se constituir como outro (ZANELLA, 2005), bem como incorporar a noção de uma humanidade plural.

A experiência de alteridade é temática presente em diversos espaços intelectuais: para a filosofia ela representa a relação de oposição entre o sujeito pensante (o eu) e o objeto pensado (o não eu); nas ciências humanas, refere-se às relações com outrem; enquanto sob o olhar da Antropologia ela é investigada quanto às diferenças, características e especificidades (ZANELLA, 2005) que podem originar ou definir uma determinada cultura. Isso rompe com a ideia da existência de um centro do mundo e amplia a possibilidade do saber na diversidade de culturas com suas próprias complexidades (LAPLANTINE, 2000), inclusive na saúde pública.

Até o início do século passado, o interesse da Antropologia passava por reconhecer no grupo pesquisado aquilo que havia de diferente em relação ao padrão cultural do próprio investigador - usualmente europeu ou norte-americano. No entanto, a distância geográfica e cultural que separava o antropólogo dos sujeitos investigados era real e sob esse olhar externo, o outro era compreendido como “exótico”, na perspectiva de uma alteridade radical.

Paulatinamente, com a emergência de correntes de pensamento mais abrangentes, essa visão, calcada em preconceitos, foi sendo substituída, até chegar aos dias atuais, em que a diversidade deixa de ser marca do exótico para ser reconhecida e valorizada.

Porém, o desafio para a Antropologia tornou-se ainda mais complexo e desafiador (ZANELLA, 2005): o mundo globalizou e encolheu; os acontecimentos são observados em tempo real e o outro dos nossos dias não pertence a outros povos, com idioma e costumes diferentes de quem o observa, mas representa um mesmo de mim (GUSMÃO, 1999) presente no quintal das nossas cidades como se fosse uma imagem do eu invertida no espelho. Além disso, ainda que esse outro hodierno possa nos parecer próximo e familiar, não necessariamente ele é nosso conhecido (GUSMÃO, 1999).

Da mesma maneira, a alteridade pode ser pensada como elemento constitutivo de toda individualidade, que deixa para trás a visão do outro construída em termos de polaridades que se contrapõem externamente na perspectiva do próximo / distante, amigo / inimigo, igual / diferente, etc. e revela o *si mesmo*, isto é, a alteridade presente no mais íntimo da consciência. Essa alteridade íntima nos confronta o tempo todo como um outro que nos habita e sustenta o conceito de que todo indivíduo é heterogêneo, o que produz um rompimento com a univocidade da identidade (BOTTON, 2009).

A alteridade deixa de se limitar somente à relação com outrem, estendendo-se à relação com o si mesmo, que a seu turno se transforma nas relações com outrem e com a própria subjetividade no curso da vida. Os registros desses diálogos (alteridade íntima/radical) compõem o vivido e se inscrevem, de forma nítida ou oculta, no imaginário e no próprio corpo do sujeito.

Nessa perspectiva a alteridade se estende à relação com o corpo próprio do sujeito que se modifica ao longo do tempo se tornando outrem, que, ao invés de único, torna-se múltiplo e polissêmico como órgão de mediação com o mundo (BOTTON, 2009). A alteridade íntima nos confronta o tempo todo com um outro que nos habita.

O sentido da alteridade também está presente no campo da saúde, onde a fisiopatologia altera historicamente a maneira de pensar e agir da saúde pública. Assim, o encobrimento da alteridade teve papel determinante no direcionamento da clínica médica moderna (CZERESNIA, 2007). Essa perspectiva marca o sentido histórico de perceber e experimentar a saúde/doença, pois a morte e a alteridade foram tragicamente vivenciadas através do pânico do contágio das doenças epidêmicas através do contato com as pessoas. O outro passa a ser ameaçador na medida em que é significado pelo perigo do contágio e a sua presença como indutora da morte. Assim a alteridade é negada como prevenção contra a possível ausência radical da alteridade, a morte. Para Czeresnia (2007), cria-se um paradoxo de um lugar que não se decide onde “o contágio sinaliza a intensidade da experiência do quanto a relação com o outro é vital e fundamental e, ao mesmo tempo pode ser traumática e geradora de sofrimento” (p. 21).

Essa evolução/ampliação do conceito de alteridade ao longo da história da antropologia, mudando e configurando a concepção de uma alteridade radical presente no distante geográfico como totalmente outro para uma alteridade na individualidade do próprio corpo de quem observa e se vê outro é um sentido que a presente pesquisa fez emergir, significando na discussão a produção de alteridade da dor.

A dor reclama o outro (esse não-eu) que escuta e acolhe o pulsar a dor de quem sente, configurando o sentido de que a dor implica em relacionamento social (HELMAN, 2009). Nesse sentido o cuidado da dor se faz no encontro produzido no espaço intersubjetivo, entre pares distintos e estranhos na geografia do cotidiano do existir humano.

A dor é em si desejo e produção de alteridade, pois na medida em que a dor reclama alívio ela precisa ser outra que não a dor. E a dor ao deixar de ser dor se desfaz de alteridade. Da mesma forma a dor provoca o sujeito que a vivencia a percebê-la estrangeira, como imagem forasteira de uma alteridade que o invade e aprisiona em seu padecer, reclamando pra viver saúde a possibilidade da dor ir embora.

Nesse mesmo sentido a alteridade do corpo produz o estranho familiar de quem sente a dor de não se reconhecer no corpo outro velho e doente. A dor do corpo que envelhece e adocece produz na existência esse momento em que se confirma para a pessoa a impressão de que seu corpo não é ele (LE BRETON, 2013). Assim o estrangeiro não é mais o Outro, mas sua condição de estrangeiro passa a pertencer à subjetividade encarnada no corpo, fazendo com que o sujeito deixe de ser contemporâneo de si mesmo (MENEZES, 2007).

Dessa forma, no âmbito da saúde coletiva, a experiência de alteridade configura o lugar do encontro entre humanos e com o humano que nos habita, sentidos estabelecidos e reconhecidos a partir das suas diferenças, fundamentando as possibilidades (ou não) de aproximação, trocas, acordos e entendimentos.

4.5 Os conceitos de experiência (*Erfahrung*) e vivência (*Erlebnis*)

O conceito de experiência na língua alemã pode ser designado por dois vocábulos: *Erlebnis* e *Erfahrung*. De modo específico, *Erlebnis* significa “experiência vivida” e tem uma conotação mais associada à emoção sentida diante da concretude imediata de um acontecimento, enquanto *Erfahrung* significa “experiência adquirida” configurando um conceito de experiência que tem mais a ver com a aprendizagem construída pela prática e o conhecimento adquirido na vida e não nos livros e manuais (AMATUZZI, 2007). Nessa perspectiva, *Erlebnis* tem um sentido mais próximo de vivência e *Erfahrung* de aprendizagem. Para Amatuzzi (2007) Experiência então seria *Erfahrung* e *Erlebnis*: “o primeiro termo implica numa ênfase no cognitivo acumulado enquanto o segundo no emocional momentâneo” (p. 10).

O conceito de vivência (***Erlebnis***, vocábulo alemão) significa “estar ainda presente na vida quando algo acontece” (GADAMER, 1997, p.118), configurando uma tríplice significação (VIESENTEINER, 2013), pois o vivenciado carrega sentidos de:

- Imediaticidade, que abrange algo real na ligação imediata entre o homem e sua vida no mundo, sendo, portanto, sentido contrário de ter recebido de outros por transmissão, legado, ou que venha por dedução, intuição ou tenha ouvido falar, os quais faltam credencial de vivência própria (GADAMER, 1997). Para Gadamer (1997) “o vivenciado é o que nós mesmos vivenciamos” (p. 118);

- Significabilidade, para o todo de um contexto de vida, enquanto seu produto mediado. O conteúdo da vivência, a partir de sua transitoriedade, ganha duração, peso e importância na medida em que a intensidade do vivido impacta significativamente a existência com interpretação, elaboração e transmissão, oferecendo rendimento mediado como ponto de partida para seu resultado duradouro (GADAMER, 1997; VIESENTEINER, 2013). Para Gadamer (1997) a vivência tem uma conexão produtiva na medida em que o ser-vivenciado lhe empresta um significado duradouro, configurando a essência da biografia: “a partir da vida, se compreende a obra” (p. 119).

- a incomensurabilidade do conteúdo da própria vivência, conferindo a ela também uma dimensão estética. Viesenteiner (2013) compreende que o conteúdo de toda vivência não pode ser racionalmente construído, sendo portanto, unicamente experimentado. A vivência é o “sentir ou sofrer na pele” algo que tem um caráter estritamente individual e no imediato daquilo que só pode ser minha vivência. Assim expressar uma vivência é dizer de algo que alguém efetivamente sentiu.

Para Viesenteiner (2013) existe um estreito vínculo entre *Erlebnis* com a noção de *Pathos* na medida em que ambos tem origem no mesmo substrato de percurso existencial de uma vivência, configurando a perspectiva de que “uma vivência é propriamente *Pathos*, o padecimento da travessia através de uma vivência” (p. 146), estabelecendo no tempo da vivência o sentimento de simples padecimento, onde “*Erlebnis* é o instante imediato, significativo e estético de uma vida e, portanto, simplesmente *Pathos*” (p.147).

O significado próprio de “vivência” é, conforme o pensamento de Walter Benjamin, o que se vivencia é individual, ligado aos sentidos, presente no consciente, vivido no cotidiano e na temporalidade imediata do momento (WU, 2004). Em outra perspectiva a “experiência” é considerada por Benjamin o representante do conhecimento transmitido entre gerações, sendo, portanto coletiva, que une o presente ao passado (WU, 2004).

O pensamento benjaminiano refere-se à experiência como a ação de encontro do sujeito na relação com o outro (MITROVITCH, 2011), via capaz de ressignificar a vivência. É no momento em que se constrói uma narrativa sobre o fato vivenciado que, no processo intersubjetivo, pode-se atribuir novas significações para suas vivências. Para que possa ser ressignificada a experiência álgica reclama a alteridade, o que muitas vezes acontece na busca por cuidado junto aos serviços de saúde. O espaço da saúde é mediado pelo coletivo, pela diferença e, portanto, pela própria alteridade (COSTA; BERNARDES, 2012).

Essa questão corrobora a interpretação que Joel Birman (2003; 2006) faz ao distinguir os significados de dor e sofrimento. Para ele, na distinção entre dor e

sofrimento, a dor configura uma experiência solipsista, em que a subjetividade se fecha sobre si própria, não havendo lugar para o outro no seu mal-estar, enquanto o sofrimento é uma experiência alteritária em que a subjetividade de quem sofre dirige-se ao outro como apelo e endereçamento de sua demanda.

Enquanto a vivência da dor física é solipsista, podemos dizer que o desafio dos profissionais de saúde é transformar dor em sofrimento, entendendo conforme o pensamento de Birman que:

“[...] O sofrimento é uma experiência essencialmente alteritária. O outro está sempre presente para a subjetividade sofredora, que se dirige a ele com o seu apelo e lhe endereça uma demanda. Daí a sua dimensão de atividade, no qual se inscreve sempre a interlocução na experiência do sofrimento. Isso porque a subjetividade reconhece aqui que não é autossuficiente, como ocorre na experiência da dor” (BIRMAN, 2003, p. 5).

Para Benjamin a vivência é a apropriação singular que o sujeito faz de um dado fato ou evento em sua história, que embora individual, é sempre marcada por elementos, símbolos e signos presentes no contexto sociocultural (MITROVITCH, 2011). Como o vivido nunca é só do sujeito, na individualidade dos sujeitos pesquisados, nota-se uma mediação social dos significados capturados pelo sujeito nos dados da cultura, conferindo à vivência algica deles um significado coletivo.

Em outra perspectiva, Birman (2003) entende que a dor restringe a pessoa a si mesmo configurando uma vivência solitária e sem mediação simbólica e social. Nesse caso, a interlocução com o outro fica empobrecida, limitando a dor ao registro corporal e a uma linguagem com dificuldade de expressão no campo da intersubjetividade. Essa dimensão da vivência da dor física que se limita ao registro corporal configura uma vivência solipsista sem a mediação social (BIRMAN, 2003). Isso produz a sensação de isolamento da pessoa, compromete sua linguagem e objetivação verbal, dificultando a capacidade de comunicação da dor no campo social (SCARRY, 1985).

Para a análise dos achados da pesquisa a diferença entre vivência e experiência qualifica a discussão na medida em que lança luz sobre os significados que orientam o campo da dor no cotidiano das práticas em saúde coletiva, configurando o lugar social entre usuário/profissional e a relação que se estabelece entre estes, assim como os significados atribuídos à dor na cultura e contexto de sua produção. Corroborando Viesenteiner (2013), “cada vivência constrói a roupagem própria de cada pessoa, absolutamente única e individual” (p.150).

5 QUADRO TEÓRICO DA PESQUISA

5.1 Antropologia Hermenêutica

A corrente interpretativa em antropologia, emerge uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura (UCHÔA; VIDAL, 1994). Segundo Geertz (1989) a cultura constitui um universo de símbolos e significados que permite os sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações. O conceito de cultura é essencialmente semiótico na concepção de Clifford Geertz, pois na mesma perspectiva de Max Weber, o homem é um animal amarrado às teias de significado que ele mesmo teceu, assumindo que:

“[...] a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado. É justamente uma explicação que eu procuro, ao construir expressões sociais enigmáticas na sua superfície. Todavia, essa afirmativa, uma doutrina numa cláusula, requer por si mesma uma explicação.”
(GEERTZ, 1989, p. 4).

A cultura é, portanto, um texto interpretável, sendo entendida como o contexto que confere inteligibilidade as situações e acontecimentos da vida, estruturando o campo social em um tecido semântico. Dessa forma, as pessoas constroem psicossocialmente a sua experiência, como no caso específico, no processo de construção da vivência a dor, em uma elaboração cultural de formas singulares de adoecimento e sofrimento.

A integração da dimensão contextual à abordagem da saúde tem suas bases na concepção de cultura, definida por Geertz (1989) como um sistema simbólico. Para Geertz (1989), é a análise das ações concretas do cotidiano da vida que permite a definição dos códigos que estruturam o pensamento e conferem um significado ao mundo. Nessa perspectiva, as ações cotidianas formam o que Geertz define como o senso comum que permite uma leitura direta da realidade.

Nessa perspectiva a abordagem interpretativa da antropologia, muda o foco da doença como uma entidade biológica para a experiência da doença em um determinado contexto social e cultural. Ressalte-se que em humanos, os

fenômenos nunca são apenas um fenômeno, pois eles estão sempre imbuídos de significado na junção entre os quadros pessoal e coletivo (CORIN, 1995). Esse significado é apropriado pelos pesquisadores da antropologia interpretativa como o elemento que influencia o curso da doença moldando a experiência subjetiva, bem como o comportamento individual e social em resposta da doença (CORIN, 1995).

Para Geertz (1989) fazer etnografia é um esforço intelectual voltado para uma descrição densa. Sua proposta de descrever densamente, em contraste com a descrição superficial, é aquela que consegue estabelecer a diferença entre ações práticas que parecem ser iguais, mas que têm significados diferentes. É o caso de duas contrações de pálpebras, onde ninguém saberia dizer se seriam um tique nervoso ou uma piscadela ou, na verdade, se ambas eram piscadelas ou tiques nervosos. Para Geertz (1989), existe uma grande diferença entre um tique nervoso e uma piscadela: o piscador executou duas ações - contrair a pálpebra e piscar - enquanto o que tem um tique nervoso apenas executou uma - contraiu a pálpebra.

No exemplo que Geertz menciona em *A interpretação das Culturas* (Geertz, 1989), pode-se dizer que a descrição densa consiste numa interpretação que não toma tiques nervosos por piscadelas, nem estas por aqueles. Nessa perspectiva, “não há nenhuma postura etnográfica fora a ‘política de interpretação’”. (GOOD et al., 1994, p. 199).

Etnografia é, portanto, uma descrição densa, que indo a procura do significado, busca desvendar o mistério das expressões sociais enigmáticas na sua superfície. É justamente uma explicação que o etnógrafo procura.

A tarefa hermenêutica é construída na perspectiva de tentar ler (no sentido de ‘construir uma leitura de’) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos. Descrever densamente é ir além da superfície.

5.2 Antropologia Médica

Helman (2009) apresenta a antropologia Médica como uma disciplina biocultural que integra as ciências sociais e comportamentais com as ciências médicas e a biologia, construindo um perspectiva unificada de estudo para os problemas de saúde enquanto se constitui no campo que:

“[...] estuda a forma como as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde, os tipos de tratamentos nos quais elas acreditam e a quem recorrem quando adoecem” (HELMAN, 2009, p. 11).

A Antropologia Médica se constitui como uma abordagem centrada nas representações de saúde e da doença e nos significados atribuídos a estes fenômenos, voltando-se precisamente para a apreensão do social por meio das ações individuais.

Nesse sentido a compreensão sobre as crenças e as práticas (o pensar e o agir) de um grupo social numa determinada cultura local se constitui objeto de estudo para antropologia médica. Fundamentalmente, e para a especificidade dessa pesquisa, a antropologia médica contribui como recorte teórico para o estudo do sofrimento humano e os modos de enfrentamento das pessoas que padecem para explicar e aliviar a sua vivência álgica.

A Antropologia Médica aborda os fenômenos de saúde e doença como experiências intersubjetivas, culturalmente construídas e conectadas ao contexto local organizado a partir do conjunto de símbolos, valores, crenças e significados culturais compartilhados por um grupo social. Kleinman (1995) define o sofrimento como uma experiência interpessoal e intersubjetiva. Nesse sentido tanto o sofrimento humano quanto o conceito de experiência são definidos como próprios do campo social.

De acordo com a Antropologia Médica, diferentes grupos culturais elaboram seus próprios modelos de saúde e doença baseados nesses universos de significados, de modo que os fenômenos em saúde não são entendidos

somente em sua determinação biofisiológica, mas também mediados pela cultura (UCHÔA; VIDAL, 1994).

A abordagem antropológica como referencial interpretativo da pesquisa qualitativa dos processos saúde/doença introduz no quadro teórico/prático da antropologia médica a distinção analítica entre a “doença processo” e “doença experiência” como um elemento-chave de discussão (UCHÔA, 1997).

A teoria proposta por Eisenberg (1977) diferencia a “doença processo” e “doença experiência”. Segundo ele, a “doença processo” (*disease*) se refere às anormalidades dos processos biológicos e/ou psicológicos, na função e/ou estrutura dos órgãos e sistemas do corpo, e a “doença experiência” (*illness*) à experiência subjetiva de mal-estar e psicossocial da doença.

Cassell (1978) usa dois exemplos para fazer a distinção entre *disease* e *illness*:

- primeiro, *disease* sempre se refere a um órgão do corpo e *illness* vai se referir a pessoa humana por inteiro;
- segundo, ele usa a expressão *illness* para significar "o que o paciente sente quando vai ao médico ", e *disease* para significar "o que ele tem quando sai do consultório médico e volta pra casa" (p. 48).

Illness também pode ocorrer na ausência de doença (CASSELL, 1978). Corroborando esse sentido, Uchoa (1997) aborda a questão da experiência da doença como uma temática que não pode ser concebida como um simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo; ela é concebida como uma construção histórica e cultural que se expressa em formas específicas de pensar e agir. Portanto, os modelos *disease/illness* são formas de construir a realidade, de impor significado no caos do mundo fenomenológico da doença (HELMAN, 1981).

A perspectiva antropológica tem proporcionado aprofundamento na discussão sobre os problemas de saúde/doença nos contextos culturais locais em que o seu significado está enraizado e no meio sociocultural em que se manifesta, podendo ser compreendido como uma “experiência moral”, definida em torno

dos valores mais fundamentais na vida social cotidiana de um grupo (KLEINMAN, 1999).

Para Kleinman (1999) a orientação etnográfica para a experiência moral é sempre uma construção a nível local da experiência vivida. Como usado pelo grupo da antropologia médica da Universidade de Harvard, "mundos locais" (tradução minha para a expressão "*local worlds*") pretende enfatizar o fato de que as descrições etnográficas concentram em micro contextos de experiência em aldeias, bairros urbanos, locais de trabalho, famílias e redes de relações limitadas em comunidades onde a vida cotidiana é promulgada e transacionada.

Na presente pesquisa os mundos locais são os domicílios de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família, configurando micro contextos atravessados pelos dados da cultura local da comunidade de Bambuí.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa foi desenvolvida na perspectiva da abordagem qualitativa, constituindo-se num estudo de cunho antropológico. Nessa perspectiva, fundamentado nos pressupostos da etnografia, a pesquisa utilizou o método de coleta de dados baseado no contato direto intersubjetivo entre pesquisador e o seu objeto, sob o qual a condição de construção do recorte analítico foi sendo realizado. Utilizando o método qualitativo estabelecemos, segundo Turato (2005), o ambiente natural do sujeito como o espaço inequívoco onde ocorreu a observação sem controle das variáveis e sem produzir nele nenhuma modificação.

Uma das grandes contribuições da antropologia para saúde foi a construção de um quadro conceitual e metodológico inovador que investiga o envelhecimento a partir da perspectiva êmica (UCHÔA, 2003). Para essa metodologia a interpretação do cientista é construída na perspectiva dos entrevistados e não como uma discussão na visão do pesquisador ou da literatura (TURATO, 2005). Assim, na presente pesquisa, a pessoa idosa foi convocada a falar sobre a vida e sobre si, sobre suas condições de saúde/doença, experiência corporal e incapacidade funcional, e mais especificamente sobre sua experiência de dor. Isso possibilitou ao pesquisador o mergulho no ambiente local e cultural desse idoso, lugar onde ele se organiza e confere significados particulares a sua própria experiência e vivência álgica.

A pergunta problema que fundamenta o nosso objeto de pesquisa se constitui em como é a vivência da dor em idosos nas práticas de saúde coletiva, a partir de sua percepção e experiência. Pretendeu-se compreender os significados conferidos por idosos à sua própria vivência de dor no contexto da cultura local, bem como discutir, na perspectiva êmica, a experiência álgica de idosos no cotidiano dos cuidados demandados no campo da saúde coletiva. Nesse sentido a pesquisa procurou compreender a dor como uma experiência subjetiva vivenciada num espaço fundamentalmente coletivo de práticas.

Assim o cotidiano dos serviços de saúde constitui-se como espaço de atendimento das demandas álgicas do universo pesquisado, que incluem a necessidade de acolhimento, escuta, cuidado competente, responsabilização, estímulo à autonomia e vínculo. Nesses espaços de encontro usuário-

profissional espera-se a configuração de uma linha de cuidado, que ao ser efetivada confronta seus atores sociais com os significados culturais de sua própria experiência.

6.1 Local de Estudos

A pesquisa foi conduzida entre abril e agosto de 2010, na área urbana da cidade de Bambuí, município do centro-oeste do estado de Minas Gerais que possui uma população estimada em 2010 de 22.734 habitantes, incluindo zona rural e urbana (BRASIL, 2010a). O município vem passando por um progressivo fenômeno de urbanização, conforme ocorrido no Brasil após 1950, podendo verificar uma evolução significativa: a população rural que representava 84% em 1950 passou para 27% em 1991 e em 2010 representa apenas 15% da população total do município. A composição etária da população também foi se alterando ao longo desses últimos cinquenta anos, observando-se o seu envelhecimento progressivo: em 1960, 3,8% dos habitantes apresentavam 60 ou mais anos de idade; em 1970 esta proporção passou para 5,1%, em 1980 para 7,3% e em 1991, para 9,3% e de acordo com o senso do IBGE de 2010 essa população passou a representar 15,9%. O crescimento da população idosa neste município foi maior (7,1%) do que no país em geral (6,2%) no período compreendido entre 1991 e 2009 (BRASIL, 2010b).

A economia da cidade de Bambuí tem a sua principal fonte de renda proveniente da exploração produtiva de seus recursos naturais, em atividades agrícolas, pecuária e de extração mineral (RIOS et al., 2011). O município é grande produtor de grãos, compondo a sua produção agrícola o café, arroz, milho, soja e cana-de-açúcar. Bambuí se destaca no estado de Minas Gerais na exploração de pecuária leiteira. Sua principal produção mineral é a extração de caulim (RIOS et al., 2011).

O Mapa da Pobreza e Desigualdade do município mostra que há uma incidência de 32,47% da população em estado de pobreza, aumentando o segmento da população que passa a se cadastrar no Programa Bolsa-Família, sem que

todos, no entanto, consigam obter o benefício (BRASIL, 2010a); RIOS et al., 2011).

Quanto às questões relativas à saúde (PM Bambuí, s/d), Bambuí se destacou como centro de profilaxia contra a doença de Chagas. O Posto Avançado de Estudos Emanuel Dias, criado para controle da Doença de Chagas, presta até hoje assistência médica à população. A rede pública de assistência à saúde do município dispõe de seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) que integram a assistência da Estratégia Saúde da Família (ESF), um Centro de Saúde, uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um hospital da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e um hospital municipal, o Hospital Nossa Senhora do Brasil. Não existem instituições de longa permanência para idosos (GIACOMIN et al., 2005).

Em relação aos profissionais de saúde, cada UBS dispõe de uma equipe da ESF, sendo compostas basicamente de um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e seis ou sete Agentes Comunitários de Saúde (ACE) de acordo com necessidade de atuação pela lógica territorial, que, variando de tamanho, é dividido em áreas e micro áreas. A cidade conta no NASF de uma equipe formada por um fisioterapeuta, um nutricionista, um psicólogo e um fonoaudiólogo. Entre a população idosa de Bambuí (60 ou mais anos), 80,7% utiliza a cobertura exclusiva do SUS no cuidado à sua saúde (UCHÔA et al, 2011).

6.2 População de Estudo

Para reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados à experiência alébrica foram selecionados 57 idosos (30 mulheres e 27 homens) com idade entre 61 e 96 anos, residentes em Bambuí, cadastrados nas seis Unidades Básicas de Saúde e assistidos pela Estratégia Saúde da Família, que fizeram parte do nosso universo de pesquisa.

Para a escolha dos idosos um informante-chave foi orientado a selecionar idosos (homens e mulheres) de cada unidade básica, com níveis funcionais distintos – segundo a sua percepção - e sem alterações cognitivas que impedissem a realização da entrevista. Com o objetivo de proporcionar a multivocalidade ao relatório final, a pluralidade da nossa amostra foi caracterizada pela composição de um grupo de entrevistados, de ambos os sexos, de diversas idades, variados níveis funcionais e residentes nas várias regiões da cidade.

Os critérios de inclusão na pesquisa buscaram garantir a heterogeneidade dos participantes idosos quanto a: território das equipes da ESF, gênero, idade e condição funcional. Somente foram entrevistados idosos sem alterações cognitivas percebidas (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2011), que impedissem a realização das entrevistas.

6.3 Metodologia de Signos, Significados e Ações

A coleta e a análise dos dados foram orientadas pelo modelo de *Signos, Significados e Ações*, desenvolvido por Corin et al. (1992), permitindo a sistematização dos elementos do contexto que participam da construção de maneiras típicas de pensar e agir dos idosos pertencentes ao nosso universo de pesquisa diante da vivência algica. Esse Modelo permite o acesso às lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica para compreender e explicar uma determinada condição, assim como identificar os diferentes elementos de um contexto particular que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados por esta população frente a um problema (UCHÔA; VIDAL, 1994; FIRMO; LIMA-COSTA; UCHÔA, 2004), na presente pesquisa, a vivência da dor.

A premissa básica do modelo de análise dos “sistemas de signos, significados e ações” se fundamenta na especificidade da construção cultural de cada comunidade em conceber o seu próprio universo dos problemas de saúde, numa continuidade estabelecida entre a maneira de perceber e interpreta-los, e consequentemente, o desenvolvimento de procedimentos típicos de enfrentamento (CORIN et al., 1990). Esse modelo se constitui num instrumento

privilegiado de investigação antropológica das representações e comportamentos concretos relativos à saúde/doença predominantes na cultura local, estabelecendo um conhecimento sistemático das maneiras de pensar e de agir de populações (UCHÔA; VIDAL, 1994).

A metodologia dos Signos, Significados e Ações tem sua origem com a corrente interpretativa em antropologia, na qual emerge uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura (UCHÔA; VIDAL, 1994). Em sua proposta metodológica Corin et al. (1990) inverte o procedimento geralmente utilizado nos estudos sobre representações e parte do nível pragmático para remontar ao nível semântico. Assim, partindo dos comportamentos concretos de indivíduos, o modelo busca identificar as lógicas conceituais subjacentes a esses comportamentos e os diferentes fatores que intervêm na concretização destas lógicas em situações particulares (CORIN et al., 1989), permitindo ao pesquisador sistematizar os elementos do contexto que atuam na construção do pensar e agir típico da comunidade (UCHÔA; VIDAL, 1994).

6.4 Coleta de Dados da Pesquisa

Foram realizadas entrevistas com os idosos em seu domicílio. A técnica de pesquisa utilizada na coleta de dados foi a entrevista individual com roteiro semiestruturado, permitindo a ampliação do campo de fala dos idosos pertencentes ao universo pesquisado. Todas as entrevistas foram gravadas após consentimento livre e esclarecido dos informantes.

As entrevistas tiveram inicialmente as seguintes perguntas geradoras: Como você acha que está sua saúde? Para você, o que é uma saúde boa? E saúde ruim? Como é o seu dia-a-dia, sua rotina? Como é um dia em sua vida? A partir das respostas obtidas, outras perguntas foram feitas de maneira aberta abordando o contexto biopsicossocial, os recursos, o impacto e o significado da incapacidade funcional e a experiência da dor.

Todas as entrevistas foram realizadas nos domicílios dos idosos, sendo gravadas e transcritas, permitindo na leitura atenta a identificação das

categorias analíticas associada à dimensão pragmática (comportamentos) da experiência da dor no campo da saúde coletiva, fundamentando a análise na interação entre as diferentes categorias e sua articulação com o contexto sociocultural vigente (GIACOMIN; UCHÔA; LIMA-COSTA, 2005).

Na perspectiva da abordagem qualitativa foi utilizado o critério de saturação para regular o tamanho do universo de pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). A confiança empírica de que a categoria estava saturada se baseou na combinação dos seguintes critérios: o estabelecimento dos limites empíricos dos dados em acordo com os objetivos do estudo, a integração de tais dados com a teoria que sustenta o desenho metodológico da pesquisa e a sensibilidade teórica do pesquisador na análise dos dados, perfazendo uma discussão dos dados que partiu do pragmático do cotidiano dos sujeitos pesquisados para reconstruir o semântico.

Para isso, foram identificados fatores operacionais de redundância e repetição dos dados, fatores teóricos de consistência e representatividade de elementos associados à dor e qualidade das informações obtidas sobre a vivência algica, contribuindo para a decisão de fechamento em um determinado ponto constatado por saturação teórica.

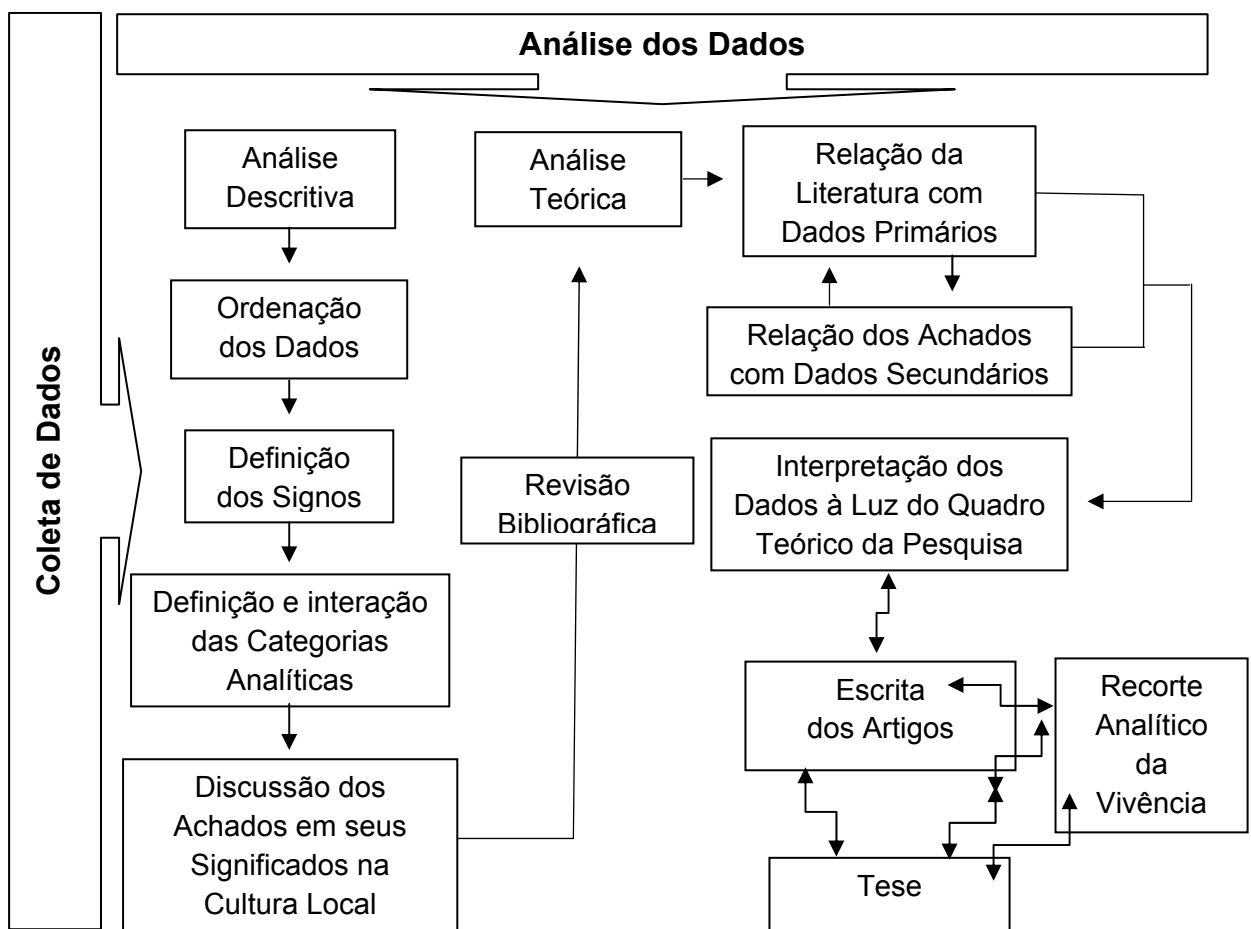
6.5 Análise de Dados da Pesquisa

A análise das ações cotidianas do universo de pesquisa permitiram definir os códigos que estruturam o pensamento e conferem um significado ao mundo: para Geertz (1989), as ações cotidianas formam o que ele define como o senso comum que permite uma leitura direta da realidade.

A análise dos dados foi realizada em dois momentos da pesquisa que incluiu: (a) Análise descritiva - organização, leitura panorâmica, identificação das categorias, leituras em profundidade, modificações nas categorias; e (b) Análise teórica - relações com outros achados e interpretações presentes na literatura e dados secundários (Figura 1).

A análise descritiva foi construída em dois momentos distintos de organização e categorização dos dados: (1º) leitura global das entrevistas buscando um olhar único e geral das narrativas associadas ao comportamento concreto da vivência da dor pelo coletivo do universo de pesquisa; (2º) Leitura das entrevistas a partir do recorte analítico experiência da dor buscando os sentidos das diferenças associadas às percepções sobre a vivenciada dor.

Figura 1 - Fluxograma da Análise dos Dados da Pesquisa



Especificamente, o trajeto de construção da análise dos dados foi o seguinte (Figura1):

1º. A ordenação dos dados, que se constituiu na leitura e releitura das entrevistas, na organização dos relatos e planificação inicial dos dados;

2º. A definição dos signos (ações práticas) proporcionando uma leitura mais específica para composição e definição das categorias de análise;

3º. A interação entre as categorias de análise buscando as convergências e recorrências;

4º. A análise buscou uma vinculação dos achados com a realidade dos indivíduos entrevistados;

5º. A análise dos dados das entrevistas em confronto com os dados secundários verificado em pesquisas semelhantes da revisão bibliográfica.

Para assegurar o anonimato dos entrevistados eles foram identificados pelo sexo (M ou H) e pelo número de sequência de realização da entrevista. Para exemplificar: como a primeira e a segunda entrevista foram realizadas com mulheres, estas foram identificadas como M1 e M2 respectivamente. Assim como na sequência de realização das entrevistas a terceira e a sexta foram realizadas com homens, estas foram identificadas como H3 e H6 respectivamente. Assim foi sendo feito sequencialmente com todas as entrevistas (anexo III).

6.6 Aspectos Éticos

O presente estudo é parte do projeto “Abordagem Antropológica da Dinâmica da Funcionalidade em Idosos”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou, Protocolo CEP-CPqRR nº 29/2009 (anexo I). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (anexo II), em acordo com a Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 ARTIGO 1

Alteridade da Dor nas Práticas de Saúde Coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas

Wagner Jorge dos Santos^{1,2}; Karla Cristina Giacomini^{2,3}; Josélia Oliveira Araújo
Firmo^{1,2}

Instituições: ¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ; ²NESPE - Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento - FIOCRUZ/UFMG; ³Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Financiamento: FAPEMIG (processo CDS-APQ-00512-11) e CNPq (bolsa de produtividade: processo 302614/2011-7), CAPES (bolsa de doutorado)

Resumo

A dor é vivência solipsista que acontece sem a mediação do outro no seu mal-estar; enquanto o sofrimento configura uma experiência alteritária de quem sofre e dirige ao outro a sua demanda. Este artigo busca compreender o significado atribuído pelos idosos da comunidade sobre sua vivência álgica a partir da abordagem conferida à dor nas práticas de saúde coletiva. A pesquisa foi desenvolvida na abordagem qualitativa de cunho antropológico e fundamentada nos pressupostos da etnografia. Foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado em universo de 57 idosos. A metodologia de *Signos, Significados e Ações* orientou a coleta e análise dos dados possibilitando a investigação das representações e comportamentos concretos associados à experiência da dor. Observou-se o sentido da vivência da dor nas práticas da saúde coletiva em relação a duas categorias analíticas associadas ao processo saúde/doença e às relações de cuidado nos serviços

públicos de saúde. A vivência da dor modula o conceito de saúde/doença dos entrevistados e medeia a produção de alteridade nas práticas de saúde coletiva, configurando a necessidade de um diálogo alteritário que nem sempre se estabelece com o profissional que cuida. É fundamental que este diálogo aconteça para que seja transmutado em cuidado que alivia e conforta.

Palavras Chaves: Dor, Alteridade, Serviços Públicos de Saúde.

Abstract

Pain is solipsist experience that happens without the mediation of the other in his discomfort; while suffering constitutes an alterity experience of sufferers that directs to other your demand. The aim of this paper is to understand the meaning assigned by elders' community about their algic experiences from the approach given to the pain in public health practices. The research was conducted in the qualitative anthropological approach and based on the assumptions of ethnography. Individual semi-structured interviews with script in the universe of 57 seniors were performed. The methodology of signs, meanings and actions guided the collection and analysis of data enabling the investigation of representations and specific behaviors associated with the pain experience. Observed sense of the experience of pain in the practices of public health in relation to two analytical categories related to health / disease process and relations of care in public health facilities. The experience of pain modulates the concept of health / illness of respondents and mediates the production of otherness in the practice of public health, establishing the need for a alterity dialogue with the professional who cares. However, it is critical that this dialogue be established so that it is in fact transmuted into care that soothes and comforts.

Key Words: Pain, Alterity, Public Health Services.

Introdução

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tissular - real ou potencial -, e descrita em termos de tal dano¹. Com o envelhecimento da população, os serviços de saúde precisam responder predominantemente a demandas de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, tais como a artrite, o acidente vascular encefálico, o diabetes. Tais condições, frequentemente associadas às queixas de dor crônica² podem comprometer consideravelmente a autonomia no desempenho em atividades básicas de vida diária, com repercussões na funcionalidade, independência, autoestima e qualidade de vida do sujeito³.

Por se tratar de uma vivência, a percepção da dor é caracterizada como uma experiência multidimensional, cuja qualidade e intensidade sensorial são afetadas por diferentes variáveis afetivo-motivacionais⁴. Essa vivência constitui-se em dupla inscrição: objetiva na concretude biológica do corpo⁵, mas genuinamente subjetiva e pessoal, estando sujeita à interpretação a partir do universo de significados de sua própria singularidade^{5,6}. A dor é o sintoma mais subjetivo cuja visibilidade e mensuração dependem do relato de quem o experimenta, não havendo exames de imagem ou de laboratório que possam constatar-la⁷.

Nas Ciências Humanas e Sociais, o corpo e a dor são definidos como construções simbólicas, constituídas no cerne da relação do sujeito com o mundo social e de sua vivência, ultrapassando, portanto, as configurações do signo clínico, propostas pela medicina⁵. Pesquisas etnográficas sobre dor, sofrimento e emoções, atestam a diversidade cultural dessa experiência humana⁶, pois não apenas sentir, mas expressar a dor implica códigos culturais que sancionam as formas de manifestação dos sentimentos, no sentido de uma experiência inscrita social e culturalmente⁶.

Além disso, cabe refletir sobre a distinção entre dor e sofrimento proposta por Joel Birman⁸. Nela a dor é uma vivência marcadamente solipsista, em que a subjetividade se fecha sobre si própria, não havendo lugar para o outro no seu

mal-estar. Tampouco existiria qualquer dimensão alteritária, pois a interlocução com o outro ficaria prejudicada ou reduzida, restringindo à dor a expressão de um murmúrio ou lamento, por mais aguda e intensa que fosse. Enquanto o sofrimento se constitui em uma experiência essencialmente alteritária, na medida em que a subjetividade de quem sofre dirige-se ao outro como apelo e endereçamento de sua demanda. Dessa forma, diferentemente da dimensão solipsista da dor, Birman⁸ inscreve o sofrimento em uma dimensão de atividade, pois é no encontro e na interlocução entre pares que ele é registrado.

Assim, reconhecendo que a integralidade da atenção à saúde, mais do que a mera produção de consultas e atendimentos, se faz pelo encontro entre pessoas, é fundamental compreender como se dá a abordagem do sujeito idoso com dor nas práticas de saúde coletiva. Além disso, dado o acelerado envelhecimento populacional e a transição epidemiológica por que passa o Brasil é necessário conhecer melhor a repercussão de ambos os fenômenos na produção do cuidado desenvolvido nas ações e serviços de saúde pública. O objetivo desse artigo é compreender o significado atribuído pelos idosos da comunidade sobre sua vivência algica e discuti-lo a partir da abordagem conferida à dor nas práticas de saúde coletiva.

Quadro Teórico

O presente trabalho foi desenvolvido na perspectiva da abordagem qualitativa, de cunho antropológico, e está fundamentado nos pressupostos da etnografia, com influências da filosofia hermenêutica de Gadamer⁹ na sua concepção e prática de saúde e cuidado. Uma das contribuições da hermenêutica é o conceito de **diálogo**, que não se refere ao recurso para obtenção de informações requeridas pelo manejo instrumental do adoecimento na narrativa da anamnese clássica, mas sim a uma fusão de horizontes¹⁰, isto é, um encontro e uma permuta de duas visões do mundo que se confrontam¹¹. O *diálogo* descreve-se como produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Dessa forma, na relação profissional/usuário nos

serviços de saúde é importante que se estabeleça o diálogo, não bastando apenas fazer o usuário falar sobre aquilo que o profissional pensa ser relevante saber, mas ouvir a pessoa idosa que demanda o cuidado de si na dor e no que ela percebe ser indispensável, para que ambos saibam como colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados¹⁰.

Além disso, também serviram como base de reflexão do presente estudo três grandes contribuições da antropologia para saúde:

- o conceito de **cultura** de Geertz¹² para quem a cultura constitui um universo de símbolos e significados que permite aos sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações. Nele, a cultura é entendida como o contexto que confere inteligibilidade as situações e acontecimentos da vida, estruturando o campo social em um tecido semântico. A cultura é, portanto, um texto interpretável no qual os idosos constroem psicossocialmente sua experiência singular de envelhecer e adoecer, produzindo a partir dos dados da cultura local a sua própria experiência álgica;

- a perspectiva **êmica**¹³, quadro conceitual e metodológico inovador em que a interpretação do cientista é construída a partir da perspectiva dos entrevistados, e não na visão do pesquisador ou da literatura. Assim, para investigar a temática proposta do presente estudo, a pessoa idosa foi convocada a falar sobre a vida e sobre si, mais especificamente sobre suas condições de saúde e experiência de dor, possibilitando ao pesquisador o mergulho no ambiente local e cultural dela; e ainda,

- a **alteridade**, conceito central da Antropologia¹⁴, compreendida como estado, qualidade daquilo que é outro, distinto¹⁵, configurando a posição do não-eu, cujos sentidos e lugares são investigados para mostrar o outro como diferença, desvendar suas características e especificidades¹⁶, bem como incorporar a noção de uma humanidade plural. Isso rompe com a ideia da existência de um centro do mundo e amplia a possibilidade do saber na diversidade de culturas com suas próprias complexidades¹⁷, inclusive na saúde pública. Dessa forma, no âmbito da saúde coletiva, a experiência de alteridade configura o lugar do encontro entre humanos reconhecidos a partir das suas diferenças.

Percurso Metodológico

O presente estudo é parte do projeto “Abordagem Antropológica da Dinâmica da Funcionalidade em Idosos”, conduzido na cidade de Bambuí, localizada a oeste de Minas Gerais. Os critérios de inclusão dos idosos (idade ≥ 60 anos), cadastrados nas seis Unidades Básicas de Saúde do município, assistidos pela Estratégia Saúde da Família buscaram garantir a heterogeneidade dos participantes quanto a: território das equipes, gênero, idade e condição funcional. Somente foram entrevistadas pessoas idosas sem alterações cognitivas, que impossibilitassem a realização das entrevistas e o critério de saturação regulou o tamanho do universo pesquisado, constituído no escopo geral do projeto em 57 idosos entrevistados.

O modelo de *Signos, Significados e Ações*¹⁸ orientou a coleta e análise dos dados. Este modelo apresenta-se como um instrumento privilegiado de investigação antropológica das representações e comportamentos concretos relativos à saúde/doença predominantes na cultura local. Ele possibilita um conhecimento sistemático acerca dos elementos contextuais que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados (maneiras de agir) bem como o acesso a lógicas conceituais (maneiras de pensar) privilegiadas por uma dada população¹⁹ para compreender e explicar uma determinada condição²⁰; na presente pesquisa, a dor.

Nessa perspectiva, a proposta metodológica escolhida²¹ inverte o procedimento geralmente utilizado nos estudos sobre representações e parte do nível pragmático para remontar ao nível semântico. O modelo *Signos, Significados e Ações*¹⁸ parte dos comportamentos concretos de indivíduos para identificar as lógicas conceituais que lhes são subjacentes e os diferentes fatores que intervêm na concretização destas lógicas em situações particulares²², permitindo a sistematização do pensar e agir singular no contexto da cultura local¹⁹. Essa especificidade da construção cultural de cada comunidade em conceber o seu próprio universo dos problemas de saúde sustenta certa

continuidade entre a maneira de perceber e interpretá-los, e consequentemente, desenvolver procedimentos típicos de enfrentamento²¹.

A técnica de pesquisa utilizada foi a entrevista individual, no domicílio, com roteiro semiestruturado, para ampliar o campo de fala dos idosos. As entrevistas foram gravadas e transcritas, permitindo a leitura atenta para identificação das categorias analíticas e a interação entre elas, bem como sua articulação com o contexto sociocultural vigente²³.

A análise dos dados incluiu trabalho: (a) descritivo de organização, leitura panorâmica, identificação das categorias, leituras em profundidade, modificações nas categorias; e (b) teórico de relações com outros achados e interpretações presentes na literatura e em dados secundários.

As categorias analíticas percebidas como representações da vivência da dor são culturalmente constituídas, produzindo uma análise centrada no seu significado²⁴. Nessa perspectiva as vivências de dor no cotidiano de envelhecer com incapacidade funcional são articuladas com o seu contexto de produção material e simbólica, expresso nas narrativas individuais e intersubjetivas, e com as lógicas do campo social e cultural.

Aspectos Éticos

Este Projeto de Pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou, CAAE: 0028.0.245.000-09. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, em acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

O universo pesquisado foi composto por 27 homens e 30 mulheres, com idades entre 61 e 96 anos, assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Quanto ao estado civil, 24 eram casados, sete solteiros, 25 viúvos e um vivia em união

estável; a maioria com filhos. No grupo, prevalecem baixa escolaridade, forte predomínio da religião católica e origem rural, sendo principais razões de mudança da área rural para a cidade a maior proximidade com o serviço de saúde e/ou com a escola dos filhos.

Após várias leituras sob um olhar cuidadoso e específico acerca da vivência da dor nas práticas da saúde coletiva emergiram da análise duas categorias: “A vivência da dor na saúde e na doença” e “A dor e o cuidado nos serviços públicos de saúde”.

A vivência da dor na saúde e na doença

Indagados por que acham que a saúde está boa, uma mulher e um homem respondem, respectivamente: *"Eu não sinto nada minha filha! Graças a Deus! Eu sou tão forte que todo mundo fala assim: 'eu não guento minha coluna!'. Eu falo: 'eu não tenho coluna!' Graças a Deus, eu não sinto."* (M5, viúva, 77 anos). *"Eu tô saudável. Eu não tô sentindo nada."* (H18, 65 anos, casado). Para outro homem, o construto de saúde boa está fundamentado no fato de não precisar de consulta médica nem de remédios por não sentir nada: *"Eu passo ano sem dar uma consulta, eu não tomo remédio, não tem remédio. Eu só tomo um remédio direto pra pressão, mas é só também. Eu não consulto, não sinto nada assim de precisar de remédio"* (H45, 90 anos, viúvo).

Por sua vez, outra idosa explica porque não está bem de saúde: *"Não. Tem uma dor aqui nas costas, menina. Uma dor aqui no peito, no braço atrás. Fico ruim"* (M31, 77 anos, viúva). Da mesma forma, perguntado como está a saúde um senhor responde: *"Agora no momento não anda bão, não anda bão, muito bão não. Essa dor nas pernas e... dói nas pernas, dói nas escadeiras (...). Quer dizer que agora no momento, bão eu não tô não, mas a gente vai levando."* (H7, 84 anos, casado).

No campo de fala dos idosos, a saúde é uma vivência de ausência de dor e a doença interpretada como a dor sentida no próprio corpo envelhecido. Ressalte-se que na cultura local não se concebe a velhice sem doenças, como

demonstra este relato de um homem idoso: *"Só o que não tá bom é a velhice... Porque a velhice é doentia. Há um ditado que fala assim: senectus esculopus: a velhice é doentia. E é."* (H15, 79 anos, casado). Por conseguinte, os idosos pesquisados reconhecem a vivência da dor como algo próprio da velhice, conforme a narrativa deste senhor: *"Ta doendo por causa já é mais minha idade, é a coluna mesmo, que a coluna dói também demais de noite quando eu acordo."* (H47, 69 anos, casado).

Porém, cada cultura ou grupo social tem uma linguagem própria e singular através da qual as pessoas enfermas demonstram para as outras os sentidos daquilo que as fazem sofrer²⁵. Especificamente no campo de fala dos idosos pesquisados, a dor é vivência; ter saúde é *"não sentir nada"*, e adoecer é o *"sentir"* a dor do próprio corpo.

Assim, pode-se discutir o signo *"sentir"* sob o significado próprio de *"vivência"* conforme proposto por Walter Benjamin²⁶: o que se vivencia é individual, ligado aos sentidos, presente no consciente, vivido no cotidiano e na temporalidade imediata do momento. Para Benjamin a vivência é a apropriação singular que o sujeito faz de um dado fato ou evento em sua história, que embora individual, é sempre marcada por elementos, símbolos e signos presentes no contexto sociocultural²⁷. Como o vivido nunca é só do sujeito, na individualidade dos sujeitos pesquisados, nota-se uma mediação social dos significados capturados pelo sujeito nos dados da cultura, conferindo à vivência algica deles um significado coletivo.

Contudo, em outra perspectiva, Birmam²⁸ entende que a dor restringe a pessoa a si mesmo configurando uma vivência solitária e sem mediação simbólica e social. Nesse caso, a interlocução com o outro fica empobrecida, limitando a dor ao registro corporal e a uma linguagem com dificuldade de expressão no campo da intersubjetividade. Essa dimensão da vivência da dor física que se limita ao registro corporal configura uma vivência solipsista²⁸ sem a mediação social. Isso produz a sensação de isolamento da pessoa, compromete sua linguagem e objetivação verbal, dificultando a capacidade de comunicação da dor no campo social²⁹.

Por sua vez, o signo “*não sinto nada*” significa a experiência de saúde, que repercute em ações no tecido social e modula as práticas de cuidado, inclusive a decisão de ir ou não ao médico e/ou fazer acompanhamentos periódicos. Para os entrevistados, as ações de precisar ou não de consultas, remédios, exames, acompanhamento médico refletem a vivência de sentir ou não a dor no próprio corpo, estando associadas à possibilidade de limitar ou impedir o mal estar que a dor provoca, mantendo a vivência de certo modo centrada ao nível do corpo e da ação²⁸. Para Gadamer todo entendimento é interpretação, configurando como universal o ato hermenêutico de procura do sentido de qualquer coisa em nosso mundo sociocultural, seja o significado da vida, da saúde ou da doença, dentre outras interpretações mais comuns das ideias e situações que configuram os objetos presentes no cotidiano da vida³⁰.

Portanto, no universo pesquisado, a percepção da vivência da dor na velhice como signo de saúde/doença produz uma interpretação da sua condição e do seu mal estar endereçada e condicionada pelo campo social. Ademais, como “*a velhice é doentia*”, essa mesma ideia legitimante que associa dor, doença e velhice presente nas interpretações³⁰ sobre o corpo e a saúde dos idosos, é condicionada e reforçada pelos códigos da cultura naturalmente aceitos a partir de estereótipos negativos em torno do entendimento da velhice como doença³¹ e de seus agravos como “*coisa da idade*”³².

Essa condição semântica da cultura local está presente na narrativa dessa senhora, viúva pela segunda vez, ao ser perguntada sobre como reconheceria uma pessoa velha: “*Eu acho que não tem idade pra falar aquela pessoa tá velha não. Ela tendo saúde, ela não pensa que tá velha não. Por exemplo, se ela sentir bem [sem dor], se ela come bem, se ela dorme bem, se ela anda, se ela conversa com todo mundo, ela tá disposta pra tudo... Agora assim, eu acho que a pessoa tendo essa disposição, não tem velhice não. Não tem velhice, que eu casei com o meu segundo marido, ele já tava com sessenta e muitos anos também. Nós viveu 18 anos. Ele morreu com 88 anos. Ele nunca foi assim, de ficar cabisbaixo e morreu. Adoeceu e num instantinho morreu. Morreu sem ficar velho*” (M5, 77 anos, viúva).

O saber biomédico produz uma cultura que mutuamente reforça a associação inexorável entre dor, doença e velhice de tal maneira que se uma pessoa não estiver sentindo nada, sem dor, e com capacidade funcional plena, ainda que em idade avançada, ela pode não ser considerada velha³². Se no campo de fala do universo pesquisado a vivência da dor modula a condição de doença associado ao significado próprio de ser da velhice, o grande temor do idoso ao se confrontar com sua dor é se reconhecer velho. Acolher a sua dor é acolher a sua própria velhice, configurando no campo social das práticas em saúde coletiva a produção de alteridade significada no pensamento de Hanna Arendt de que toda dor é suportável, desde que possamos construir uma história sobre ela³³, entendendo a construção histórica como coletiva e produzida no espaço público.

De forma semelhante, o pensamento benjaminiano refere-se à experiência como a ação de encontro do sujeito na relação com o outro²⁷, via capaz de ressignificar a vivência. É no momento em que se constrói uma narrativa sobre o fato vivenciado que, no processo de intersubjetividade, pode-se atribuir novas significações para suas vivências. Para que possa ser ressignificada a experiência álgica reclama a alteridade, o que muitas vezes acontece na busca por cuidado junto aos serviços de saúde. O espaço da saúde é mediado pelo coletivo, pela diferença e, portanto, pela própria alteridade³⁴. Nas redes de serviços de saúde são sujeitos do cuidado: os usuários, os profissionais e os gestores. Na medida em que a saúde se situa na esfera social/pública, sendo produzida pelo coletivo de atores sociais e das contingências e realidades socioculturais do existir humano, é fundamental compreender a configuração da vivência da dor no olhar do sujeito idoso que procura, se cala ou é assistido pela equipe de saúde.

A dor e o cuidado nos serviços públicos de saúde

Um senhor relata como está a saúde: *"... decerto, assim mais ou menos, de uns dois meses para cá eu até consultei sentindo dor nas pernas."* (H3, 75 anos, casado). Perguntada sobre o que faz quando está com dor esta mulher

esclarece: *"Vou ao médico. Agora, por exemplo, consultei já três vezes pra essa dor da perna. Nenhum deles acharam nada. Passa remédio pra tirar a dor. Tira a dor pra ver se vai descobrindo. Então, vão ver se descobre o quê."* (M19, 83 anos, viúva).

Assim, nas práticas de saúde coletiva que acolhem os mais velhos da pesquisa, a vivência da dor estabelece o conceito de saúde/doença e medeia ações de produção de alteridade. Consultar é ação de quem procura outrem que lhe dê a chance de encontrar outro lugar de si ou de reencontrar a possibilidade de *"não sentir dor"* e assim experimentar de novo a saúde. Nessa procura por uma resposta e ou por algum recurso para *"tirar a dor"*, configura-se a perspectiva de uma vivência alteritária na busca por um possível dizer da sua dor, por uma intervenção terapêutica de alívio ou se possível pela cura.

Em seu relato o homem mais novo do grupo justifica: *"A gente fica quietinho assim com as dores toda, mas ninguém tem culpa."* Falando sobre a fase da dor, responde: *"... É muito ruim. É muito ruim pelo seguinte: pelas dores que são demais. Essa condinite causa muita dor, a gota causa muita dor, agora ainda veio essa artrose no joelho. Dá dor. Eu sinto muita dor na coluna cervical, isso embaixo da coluna. A única parte minha que eu não sinto dor ainda é nas mãos. Nos ombros, perna, lombo, eu não dou conta nem de levar a mão na cabeça. Aí eu vou suportando, aí vou levando uma vida razoável."* E explica de modo fatalista como reage a isso: *"Ninguém tem culpa, então a gente tem que aprender a viver com as doenças. Se veio pra mim, eu vou ter que enfrentar até que quando eu chego."* (H43, 62 anos, união estável).

Na velhice de Bambuí, a dor compreendida como parte do processo da velhice-doença, ao invés de denotar uma forma de *"resistência"*³⁵, significa o contrário, ou seja, uma desistência – é preciso aceitar sem reclamar. Logo, na cultura local, a dor não engendra a abertura ao outro, dificultando sua expressão como sofrimento, espaço marcado pela alteridade no qual a pessoa idosa estabelece a relação com o outro e delineia um horizonte de ordem intersubjetiva³⁶. Essa dificuldade de poder dirigir ao outro o seu apelo configura na contemporaneidade a evidência de uma subjetividade essencialmente narcísica²⁸ que condena o sujeito da nossa pesquisa ao mergulho na solidão

de sua vivência de dor. Porém, especificamente no campo da saúde coletiva, o ideário individualista tem dado suporte ao modelo de clínica nas práticas dos diversos profissionais de saúde, restringindo a dor a um quadro conceitual previamente estabelecido, a uma categoria nosológica³⁷. Para Birman, esse mal-estar contemporâneo se caracteriza principalmente como dor e não como sofrimento^{8,28,36}.

Uma senhora narra como se confronta com sua própria dor e imagina soluções para o seu problema: *"Agora mesmo tava ali deitada, falei assim: o quê que eu vou fazer com essa dor no braço? Não tenho nada pra tomar. Tava pensando que o médico vinha cá hoje pra me dar uma consulta... Tem um médico que vem aqui. Quando eu não posso ir lá ele vem aqui."* (M53, 82 anos, viúva). Um homem explica que frequenta muito o serviço de saúde, mas tem com o profissional um diálogo desalentador: *"Vou ao médico diário sô, meu Doutor é o X. X que é médico meu, aí dá aquela perrengada ele arranja aquele remédio e fala: 'Cê leva esse e vai tomando, acaba uma receita e pega outra e, na hora que piorar mais, cê volta.'" (H23, 82 anos, casado). Outra mulher destaca a pouca disponibilidade do profissional para escutar o que ela traz como demanda: *"o SUS, a gente vai lá, eles dão um remedinho, a gente... a gente não precisa falar muita coisa que eles já tão dando a receita. Então eu pago [pela consulta]."* (M55, 86 anos, casada).*

Assim, a pessoa idosa reproduz um olhar para sua dor com os significados elementaristas e de fragmentação positivista presentes na cultura do saber biomédico, pois quando ela procura cuidado, o médico lhe prescreve remédios. Nessa perspectiva, a vivência da dor na velhice configura uma apropriação singular, por meio da qual o sujeito reclama a interação no campo coletivo, demarcando e provocando nos serviços de saúde ações de assistência nas relações de produção de cuidados, que possibilitem o acolhimento e a valorização das pessoas como seres humanos³⁸ em um relacionamento social²⁵. Ao mesmo tempo em que confronta a pessoa idosa com a necessidade de estabelecer diferentes perspectivas em sua singularidade, pois o eu e o outro não se confundem, sendo que o lugar de quem sente permanece distante e separado de quem "sabe" sobre a sua dor.

Essa vivência álgica desafia os serviços públicos de saúde, particularmente em relação às tecnologias das relações de cuidado³¹, pois precisa encontrar na relação com a alteridade o acolhimento necessário de sua expressão - condição basilar no campo da saúde. É preciso, portanto, construir uma prática baseada no entendimento do cuidado como experiência relacional e mediadora entre a pessoa idosa e profissional de saúde inserido no horizonte de trocas interpessoais³⁸. Além disso, muitas vezes, o interjogo de passividade domina a pessoa quando algo em si dói, esperando que alguém tome uma atitude por si na sua dor²⁸.

Na saúde coletiva, a capacidade de perceber o outro como extensão diferente e igualmente valorizada de si mesmo implicaria em ações sucessivas de inclusão, dignificação e liberação desse mesmo outro³⁸. Essa construção de uma relação profissional de saúde-usuário no cotidiano da produção de cuidados é composta de encontros subjetivos e atravessada por saberes múltiplos³⁹. Porém, na percepção do universo pesquisado, o modo de acolhimento do profissional médico do serviço público revela pressa no atendimento, comprometendo a resolutividade e a efetividade das ações em saúde³¹. Essa incapacidade de escuta dos profissionais de saúde é parte das reclamações dos idosos entrevistados; ao desqualificar o acolhimento, não pode ser efetiva como cuidado, pois não dialoga com o sujeito naquilo que ele demanda.

Ao refletir sobre a produção de alteridade da vivência da dor na velhice, sob o ponto de vista do sujeito idoso, algumas questões nos interpelam: os velhos procuram os serviços quando sentem algo; como o sistema de saúde cuida dos velhos quando não há sintomas que configuram o sentir do corpo? Para ser merecedor de cuidado o velho necessariamente precisa reclamar dor? Se para os idosos e para os profissionais que eles consultam a dor é parte da velhice, como o sistema de saúde cuida dos velhos cujos corpos doem? Como uma pessoa idosa é acolhida quando as ações de cuidado e assistência não reclamam a alteridade?

Entender essa vivência álgica do usuário é tarefa central para a abordagem da dor nas práticas de saúde coletiva, construindo entendimento sobre o dizer da

dor pelo usuário e o acolhimento do profissional que faz de sua escuta um diálogo configurado como um ato hermenêutico³⁰. Para que o profissional interprete adequadamente a magnitude do problema sendo capaz de tornar esse encontro um ato de cuidar e de produção de alteridade é preciso superar este impasse: a dor que o velho sente pode se misturar com os registros de quem cuida?

A compreensão da dor do velho não pode ser o registro unilateral do saber a dor de quem cuida, mas a narrativa própria de quem a vivencia. Somente quando a pessoa manifesta ao outro a sua dor é que esta tem a possibilidade de ser compreendida em seu registro pessoal e singular⁴⁰. Enquanto a vivência da dor for vista somente do lado de fora pelos profissionais de saúde, o cuidado não se efetivará, permanecendo o impasse e o antagonismo entre a vertigem de isolamento de quem sente a dor e o profissional que cuida da vivência álgica na velhice naturalizando a dor nessa etapa da vida.

Na perspectiva de Gadamer, o diálogo acontece na fusão de horizontes - termo que descreve a atividade de entendimento entre os horizontes que cada pessoa representa³⁰. Um "horizonte" é uma perspectiva de visão sobre o mundo vivido que nos remete pelo uso da linguagem ao encontro com outro horizonte, num processo de fusão que cria acordos linguísticos⁴¹. A finalidade desse encontro é que os pares entendam-se uns com os outros⁹, considerando a concretude existencial dos envolvidos e tornando possível a decisão compartilhada, entre a pessoa idosa e o profissional que cuida, sobre o cuidado em saúde mais apropriado diante daquela condição específica – no presente caso, a dor. Nesse sentido, a alteridade que a dor e o diálogo provocam configura-se em uma ação pública orientada à diferença, à diversidade, incluindo identidades sociais diferenciadas que se encontram nos espaços públicos da saúde⁴².

Portanto, o desafio do campo da saúde passa a ser conseguir abordar, interpretar e transformar a dor como sofrimento⁸ do sujeito que a vivencia no seu contexto sociocultural e face à alteridade, pois a dor sentida e o sofrimento manifesto estão refletidos nessa relação com o outro - neste caso, o profissional de saúde - que acolhe ou rejeita quem vivencia o processo álgico

crônico, se disponibilizando (ou não) ao lugar da escuta e do encontro, seja no domicílio ou no serviço de saúde.

Considerações Finais

O presente trabalho ancorado na amplitude do olhar antropológico reconhece a vivência da dor como oportunidade de constituição de relações e de encontro com a alteridade do outro, de qualificação das tecnologias das relações de cuidado e de valorização da integralidade da experiência e da história da pessoa idosa que vivencia a situação álgica.

Assim, a vivência da dor é o lugar privilegiado de reflexão sobre a cultura e as práticas de saúde coletiva que ainda compreendem como “*coisas da idade*” as doenças e os agravos que acontecem na velhice. Porquanto não se observa a desejada mudança de um modelo assistencial que produza vínculos por meio de um acolhimento centrado na escuta e no diálogo. Pelo contrário, o modelo que os idosos percebem e retratam escuta pouco e continua privilegiando o cuidado da doença como processo ao invés da doença como experiência, negando o diálogo com a singularidade da pessoa idosa que vivencia a dor.

Apesar disso, é fundamental que, no campo da saúde, a alteridade da dor seja um princípio ético constituinte das relações. Quando se configura esse olhar de alteridade na experiência de cuidar da dor do outro, a pessoa idosa se torna o sujeito de sua própria experiência e de seu corpo, nota-se um acolhimento da dor transmutado em cuidado que alivia e conforta. Essa alteridade pode assumir uma função indutora do processo de humanização dos serviços que se ofertam ao sujeito idoso, desde que o profissional compreenda a velhice como etapa natural da vida, digna e merecedora de cuidado, com, sem ou apesar da dor.

Referências

- 1 - International Association for Study of Pain (IASP). Consensus development conference statement: the integrated approach to the management of pain. 1994; 6(3): 491-292.
- 2 - Santos MIPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(3):753-61.
- 3 - Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. Rev Dor. São Paulo, 2011; 12(2): 120-4.
- 4 - Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(3): 446-7.
- 5 - Le Breton D. Antropología del dolor. Barcelona: Seix Barral, 1999.
- 6 - Pimenta CAM, Portnoi AG. Dor e Cultura. In: Carvalho MM (org). Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999, p. 159-73.
- 7 - Minatti SP. O psicanalista no tratamento da dor. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2012; 15(4):825-837.
- 8 - Birman J. Arquivos do mal-estar e da resistência. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- 9 - Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Trad. de Antônio Luz Costa. Petrópolis: Vozes; 2006.
- 10 - Gadamer HG. Verdade e Método II. Complementos e Índice. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- 11 - Domingues JA. Diálogo Hermenêutico. Coleção Artigos LusoSofia, Universidade da Beira Interior. Covilhã, 2009.
- 12 - Geertz C. The Interpretation of Cultures New York: Basic Books Inc. Publishers. 1973.
- 13 - Uchôa E. Contribuições da Antropologia para uma Abordagem das Questões Relativas à Saúde do Idoso. Cad Saúde Pública, 2003; 19(3): 849-53.
- 14 - Goldman M. Alteridade e Experiência: Antropologia e Teoria Etnográfica. Etnográfica, Vol. X(1), 2006, 161-173.

- 15 - Grande Enciclopédia Larousse Cultural. São Paulo: Nova Cultural, 1998.
- 16 - Zanella AV. Sujeito e alteridade: reflexões a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicol. Soc.* 2005, 17(2): 99-104.
- 17 - Laplantine F. Aprender antropologia. São Paulo: Brasiliense, 2000.
- 18 - Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine.* 1992; 24:183-204.
- 19 - Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cad. Saúde Pública.* 1994; 10(4):497-504.
- 20 - Firmo JOA, Lima-Costa MFF, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(4):1029-40.
- 21 - Corin E, Bibeau G, Martin JC, Laplante R. Comprendre pour Soigner Autrement. Repères pour Régionaliser les Services de Santé Mentale. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 1990.
- 22 - Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Harnois G. Les Attitudes Dans le Champ de la Santé Mentale. Repères Théoriques et Méthodologiques pour une Étude Ethnographique et Comparative. Rapport Technique. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Centre Collaborateur OMS, 1989.
- 23 - Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(5):1509-1518.
- 24 - Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As Representações Sociais e a Experiência da Doença. *Cad. Saúde Pública,* 2002 set-out; Rio de Janeiro, 18(5):1207-1214.
- 25 - Helman CG. *Cultura, Saúde e Doença.* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- 26 - Wu R. A experiência como recuperação do sentido da tradição em Benjamim e Gadamer. *Anos 90.* 2004; 11(19/20):169-198.
- 27 - Mitrovitch C. Experiência e formação em Walter Benjamim. São Paulo: Editora Unesp, 2011. p. 117 e 168.

28 - Birman J. Dor e sofrimento num mundo sem mediação. In: Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial. Rio de Janeiro, 2003, p. 1-7. Disponível em:

http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf, Acesso em: 10/08/2014.

29 – Scarry E. The body in pain. Oxford: Oxford University Press, 1985.

30 - Lawn C. Compreender Gadamer. 2ª Ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010.

31 - Santos WJ, Giacomini KC, Firmo JOA. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. Cien Saúde Colet. 2014; 19(8):3441-3450.

32 - Moraes GVO. Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/ Doença / Incapacidade em Idosos da Comunidade [dissertação]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou; 2012.

33 - Arendt H. Homens em tempos sombrios. Tradução de Denise Bottmann. São Paulo: Companhia das Letras, 1987, p. 95.

34 - Costa ML, Bernardes AG. Produção de Saúde como Afirmação de Vida. Saúde Soc. 2012; 21(4):822-835.

35 – Kleinman A. Pain and resistance: the delegitimation and re-legitimation of local worlds. In Good M.; Brodwin P.; Good B.; Kleinman A. (Org.). Pain as human experience: an anthropological perspective. Berkeley: University of California Press, 1992. p. 169-197.

36 - Birman J. O sujeito desejanete na contemporaneidade. Notas da abertura da Conferência “II Seminário de Estudos em Análise do Discurso”, em 31/10/2005, Instituto de Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em:

<http://www.analisedodiscurso.ufrgs.br/anaisdosead/2SEAD/CONFERENCIA/JoelBirman.pdf> Acesso em: 10/08/2014.

37 - Bernardes AG, Quinhones DG. Práticas de Cuidado e Produção de Saúde: Formas de Governabilidade e Alteridade. Psico (Porto Alegre). 2009 abr/jun; 40(2):153-161.

38 - Martins PH. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender cuidado como mediação. In Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde / Roseni Pinheiro, Paulo Henrique Martins, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. P. 39-50.

39 - Faria HX, Araújo MD. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. Saúde Soc. 2010; 19(2):429-439.

40 – Ginzburg J. Dor e Linguagem: em torno de Wittgenstein. Com Ciência – Revista eletrônica de jornalismo científico – SBPC. Disponível em:

<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=24&id=263&tipo=1> Acesso em: 09/11/2014.

41 - Araújo JL, Paz EPA, Moreira TMM. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(1):200-207.

42 - Martins PH, Bezerra RS, Carvalho EL, Lima JB. Inovação, alteridade e vínculo nos processos de mediação na esfera pública da saúde: um diálogo com vistas à renovação das políticas públicas na saúde. In Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde / Roseni Pinheiro, Paulo Henrique Martins, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. P. 68.

7.2 ARTIGO 2

Alteridade do Corpo do Velho: Estranhamento e Dor na Saúde Coletiva

Wagner Jorge dos Santos;^{1,2} Karla Cristina Giacomini;^{2,3} Josélia Oliveira Araújo
Firmo^{1,2}

Instituições: ¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ; ²NESPE - Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento - FIOCRUZ/UFMG; ³Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Financiamento: FAPEMIG (processo CDS-APQ-00512-11) e CNPq (bolsa de produtividade: processo 302614/2011-7), CAPES (bolsa de doutorado).

Resumo

Na velhice, o corpo doente torna-se estranho e revela uma consciência de alteridade, posto que o corpo original se torna múltiplo no advir de uma temporalidade implacável e interminável. Este artigo busca investigar como o estranhamento corporal do velho o mobiliza como sujeito, produzindo os endereçamentos de ações próprias na experiência da doença e nas práticas da saúde coletiva. A pesquisa, desenvolvida na abordagem qualitativa de cunho antropológico, fundamenta-se nos pressupostos da etnografia. Foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado em universo de 57 idosos. A metodologia de *Signos, Significados e Ações* orientou a coleta e análise dos dados possibilitando a investigação das representações e comportamentos concretos associados à alteridade do corpo. Observou-se o sentido da produção de alteridade em relação a duas categorias analíticas associadas ao envelhecimento e à doença. Nota-se uma cisão entre o corpo

ativo da memória e outro vivido com limitações no presente, repercutindo no enfrentamento do autocuidado e adesão ao tratamento. O corpo do velho é herdeiro de uma imagem corporal que se remodela sem cessar, destituindo a pessoa idosa do seu lugar de sujeito contemporâneo de si mesmo, enquanto se torna outrem.

Palavras-chaves: Alteridade, Imagem Corporal, Dor, Doença, Idoso.

Abstract

In old age, the patient's body becomes strange and reveals an consciousness of otherness, since the original body becomes multiple in come from a relentless and endless temporality. This paper investigates how the old body mobilizes the estrangement as a subject, producing the addresses of own shares in the experience of disease and practice of public health. The research, developed in the qualitative approach of anthropological, is based on the assumptions of ethnography. Individual with semi-structured interviews in 57 elderly universe were held. The methodology of Signs, Meanings and Actions oriented data collection and analysis enabling the investigation of representations and concrete behaviors associated with the otherness of the body. There was the sense of production of otherness in relation to two analytical categories associated with aging and disease. Notes a split between the active body memory and another lived with limitations at present, reflecting the face of self-care and adherence to treatment. The body of the old man is heir to a body image that remodels constantly, depriving the elderly of their place of contemporary subject himself, as he becomes another.

Key Words: Alterity, Aging, Disease, Body, elderly.

INTRODUÇÃO

O tempo talha o corpo esculpindo de forma silenciosa e progressiva as marcas da existência humana. Envelhecer, para a maior parte dos ocidentais, é um movimento insensível, infinitamente lento, que configura a experiência do envelhecimento como um processo que escapa à consciência, pois nele nenhum contraste acontece.¹

Ao longo da existência o corpo original se torna múltiplo no advir de uma temporalidade implacável e interminável, subvertendo a identidade de querer ser único, configurando em si mesmo todos os marcadores biológicos e psicossociais que o modificam ao longo do tempo, enquanto se torna outrem. Nesse processo, o corpo enquanto órgão de mediação com o mundo² se mostra múltiplo e polissêmico.

O corpo do velho, feito de muitas experiências, se entrega na vida ao demorado trabalho de luto que revela em si os sentidos da finitude.³ Em um processo existencial de se desfazer de si mesmo, a pessoa idosa se percebe estrangeira, como nas palavras de Simone de Beauvoir: “eu me tornei outra, apesar de permanecer eu mesma” (p. 301),⁴ o que torna a velhice herdeira de uma imagem corporal que se remodela sem cessar.¹ Segundo Goldfarb (1998),⁵ o velho é sempre o outro em quem não nos reconhecemos, parecendo a imagem da velhice estar sempre fora, pertencente ao inquietante outro lado do estranho familiar.

Além disso, na definição e construção da imagem corporal, três condições importantes da experiência humana participam: as doenças crônicas, a dor e o sofrimento.^{6,7,8} As primeiras promovem a desintegração da autoimagem das pessoas em pequenos fragmentos, sem que haja o desenvolvimento simultâneo de uma nova autoimagem igualmente valorizada.⁶ Por sua vez, desde o nascimento, a dor, enquanto evento agudo, contribui para a construção da imagem corporal, ajudando-nos a decidir desde essa idade quem e o que desejamos ter mais perto do ego e quem e o que desejamos manter o mais afastado possível dele.⁸ Porém, quando crônica, a dor impacta negativamente a autoimagem e a identidade de quem a experimenta, ao

produzir uma imagem corporal depreciativa e debilitante para a pessoa que sofre.⁷ Quanto ao sofrimento, ele resulta dessa perda do senso de si mesmo^{6,7} que pode advir das doenças e ou da dor.

Assim, a alteridade do corpo precisa ser articulada à maneira de ser no mundo e de ser para o outro no universo social da pessoa idosa. A experiência do processo saúde-doença configura-se como intercurso de alteridades entre o eu-são e o outro-doente, impondo diferenças e limites aos possíveis que a existência oferece.⁹ Essa distância entre o normal e o patológico torna o velho doente diferente de si mesmo, posto que ao assumir a identidade de doente cria alteridade, constituindo-se numa marca da experiência da doença,⁹ principalmente, na sua inserção no campo de atenção à saúde e das práticas de saúde coletiva.

Neles, a dor, o sofrimento e o mal-estar do corpo da pessoa idosa são codificados pela medicalização do tratamento, o que transforma o corpo doente do velho no último silencioso espaço dialógico de um homem incapaz de respostas, que enterra as perguntas no corpo, mistificando o discurso na distanciadora neutralidade dos mecanismos fisiopatológicos. Recusar ao corpo um valor comunicativo fecha o acesso a qualquer outra dimensão, a soluções do conflito em um horizonte humano.¹⁰

Discutir essas questões pode auxiliar a saúde coletiva a identificar e contrapor as demandas percebidas na cronicidade da dor e das doenças do corpo envelhecido. O presente trabalho, reconhecendo a alteridade do corpo como elemento importante no cuidado à saúde, busca investigar como o estranhamento corporal do velho o mobiliza como sujeito, produzindo os endereçamentos de ações próprias na experiência da doença e nas práticas da saúde coletiva.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo, desenvolvido na perspectiva da abordagem qualitativa, de cunho antropológico, está fundamentado nos pressupostos da etnografia,

sendo parte do projeto “Abordagem Antropológica da Dinâmica da Funcionalidade em Idosos”, conduzido na cidade de Bambuí, localizada a oeste de Minas Gerais. Este município de 23 mil habitantes, cuja principal fonte de renda advém da exploração produtiva de seus recursos naturais, em atividades agrícolas, pecuária e de extração mineral, mas um terço da população encontra-se em estado de pobreza.¹¹ Bambuí passa por um progressivo fenômeno de urbanização e envelhecimento. Sua população urbana em 1950 representava 16% da população total, tendo passado para 85% em 2010; no mesmo período, os habitantes com 60 ou mais anos de idade passaram de menos de 4%, para quase 16% em 2010, sendo 45% homens. Em 2010, a taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade era de 7,6%, porém entre os idosos esse índice encontra-se em 22,1%.^{11,12,13}

Os critérios de inclusão dos idosos (idade \geq 60 anos), cadastrados nas seis Unidades Básicas de Saúde do município, assistidos pela Estratégia Saúde da Família buscaram garantir a heterogeneidade dos participantes quanto a: território das equipes, gênero, idade e condição funcional. Somente foram entrevistadas pessoas idosas sem alterações cognitivas, que impossibilitassem a realização das entrevistas e o critério de saturação regulou o tamanho do universo pesquisado.

O modelo de *Signos, Significados e Ações*¹⁴ orientou a coleta e análise dos dados. Este modelo apresenta-se como um instrumento privilegiado de investigação antropológica das representações e comportamentos concretos relativos à saúde/doença predominantes na cultura local. Ele possibilita um conhecimento sistemático acerca dos elementos contextuais que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados (maneiras de agir) bem como o acesso a lógicas conceituais (maneiras de pensar) privilegiadas por uma dada população¹⁵ para compreender e explicar uma determinada condição¹⁶; na presente pesquisa, o estranhamento do corpo do velho.

Nessa perspectiva, a proposta metodológica escolhida¹⁷ inverte o procedimento geralmente utilizado nos estudos sobre representações e parte do nível pragmático para remontar ao nível semântico. O modelo *Signos, Significados e Ações*¹⁴ parte dos comportamentos concretos de indivíduos para identificar as

lógicas conceituais que lhes são subjacentes e os diferentes fatores que intervêm na concretização destas lógicas em situações particulares,¹⁸ permitindo a sistematização do pensar e agir singular no contexto da cultura local.¹⁵ Essa especificidade da construção cultural de cada comunidade em conceber o seu próprio universo dos problemas de saúde sustenta certa continuidade entre a maneira de perceber e interpretá-los, e conseqüentemente, desenvolver procedimentos típicos de enfrentamento.¹⁷

Utilizou-se a entrevista individual, no domicílio, com roteiro semiestruturado, para ampliar o campo de fala dos idosos. As entrevistas foram gravadas e transcritas, permitindo a leitura atenta para identificação das categorias analíticas e a interação entre elas, bem como sua articulação com o contexto sociocultural vigente.¹⁹

A análise dos dados incluiu trabalho: (a) descritivo de organização, leitura panorâmica, identificação das categorias, leituras em profundidade, modificações nas categorias; e (b) teórico de relações com outros achados e interpretações presentes na literatura e em dados secundários.

As representações culturalmente constituídas das ações concretas de produção da alteridade do corpo possibilitam uma análise centrada no seu significado.²⁰ Nessa perspectiva, a percepção de si mesmo face à imagem de um corpo envelhecido com incapacidade funcional articula-se com o seu contexto de produção material e simbólica, expresso nas narrativas individuais e intersubjetivas, e com as lógicas do campo social e cultural.

Aspectos Éticos

Este Projeto de Pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou, CAAE: 0028.0.245.000-09. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, em acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O universo pesquisado foi composto por 27 homens e 30 mulheres, com idades entre 62 e 96 anos, todos residentes em Bambuí-MG. Quanto ao estado civil, vinte e quatro eram casados, um em união estável, sete solteiros, e vinte e cinco viúvos; sendo que a maioria teve filhos. Prevaecem a baixa escolaridade e a origem rural, com forte predomínio da religião católica. Os principais motivos de mudança para a cidade foram a maior proximidade com o serviço de saúde e/ou com a escola para os filhos. Todos os participantes responderam a questões referentes às suas percepções de saúde.

Após várias leituras das entrevistas, sob um olhar específico e cuidadoso, a alteridade foi identificada no campo de fala dos idosos como significado, a partir da qual foram discriminadas duas categorias analíticas de acordo com os signos percebidos e associados pelos sujeitos pesquisados às ações da vivência da dor e experiência corporal da incapacidade funcional: “Alteridade e estranhamento do corpo envelhecido” e a “Alteridade e dor no adoecimento do corpo do velho”. Esse recorte foi julgado relevante, pois representa o sentido das ideias dos sujeitos pesquisados.

Alteridade e estranhamento do corpo envelhecido

Os entrevistados relatam sua condição corporal referindo-se a partes adoecidas ou limitadas do corpo como se se tratasse de um objeto externo e próximo de si: “... Mas hoje, esse braço aqui já não aguenta. Sinto uma dor no braço aqui. Já não aguento jogar massa, mexer com massa. Mais, é ficar à toa.” (H46, 90 anos, viúvo); “... Mas é essa escadeira que não me dá sossego” (M53, 82 anos, viúva); “Eu fico assentado, não tem jeito de fazer mais nada. A perna não ajuda.” (H50, 96 anos, casado). Perguntada se consegue andar carregando alguma coisa uma senhora afirma: “Consigo. Pouco, o que não pesa muito por causa do braço. Esse braço tem que levar ele lá em cima e trazer de novo” (M55, 86 anos, casada).

Na percepção dos sujeitos pesquisados esse afastamento dos membros limitados e ou adoecidos produz um estranhamento em relação ao corpo envelhecido, nomeado na terceira pessoa, como se dele somente pudessem

dizer à distância. Assim, o velho estabelece uma relação de distanciamento com seu corpo sofredor quando o nomeia em terceira pessoa, falando do próprio corpo como se fosse outro. Para Goldfarb (1998),⁵ esse estranhamento da pessoa que envelhece e diz diante de sua imagem corporal “esse não sou eu”, revela uma falta de reconhecimento como imagem, não como sujeito.

Entretanto, o corpo envelhecido se transforma em elemento de incômodo e dor do qual o idoso busca se afastar, enquanto a parte doente passa a ser presença estranha que lhe faz oposição e com a qual não mais se identifica como sujeito, assumindo uma perspectiva corporal persecutória em relação à própria vida, bem como algo que necessita ser tutelado, por si ou por terceiros. Essa percepção confirma estudo realizado entre europeus²¹ que vivenciavam dor crônica associada com altos níveis de angústia e incapacidade, o qual mostrou que o corpo indolor ocupa um papel pequeno na percepção de si mesmo, mas quando alguma parte dói, ela é referida como excluída de si mesmo, produzindo sentidos de ser estrangeira e suprimida como “não eu”, deixando de participar do seu autoconceito preferido. Esses achados mostram a relação complexa entre o corpo, a dor crônica e a percepção de si, evidenciando que o dissabor encarnado da dor crônica envolve um assalto e uma defesa da percepção de si preferida ou desejável da pessoa.

Outra senhora muito idosa reconhece: “... *Tem dia que eu fico olhando minhas mãos assim e pensando: gente, quantos murros deu essas mãos! Agora eu não posso fazer nada?*” (M8, 83 anos, viúva). Nota-se nítida cisão entre a pessoa que fala e a parte do corpo que não se lhe submete, configurando a separação entre o corpo ativo distante no passado, registrado na memória, e esse outro vivido no presente. Diferentemente daquele que desempenhava com desenvoltura as tarefas que lhe eram demandadas, o corpo atual se mostra desobediente, traumático e gerador de sofrimento e, talvez por isso, os idosos experimentem tamanho estranhamento face a esse “outro” corpo que age diferente do passado. Nesse contexto, o corpo altera a experiência das atividades da vida diária e se manifesta perfeitamente estranho na mutabilidade de seu comportamento exterior.²²

Cada sujeito constrói sua própria imagem, profundamente ligada a sua história e vivência relacional,⁵ tendo o corpo vivido como mediador entre o sujeito e o mundo. Nessa perspectiva, a alteridade passa a ser pensada como elemento constitutivo da individualidade,²³ deixando de denotar somente a relação com outrem, mas estendendo-se à relação com o si mesmo de uma existência corporal, que a seu turno se transforma nas relações com outrem e com a própria subjetividade no curso da vida. Essa alteridade, a um só tempo estranha e íntima, compõe a ideia de um si mesmo, traduzindo o sentido que “rodeia o mesmo enquanto outro que ele mesmo” (p. 150).²

Uma idosa descreve o sentido de mudança percebido com o passar dos anos: *"Ih, vai mudando demais! Nossa Senhora! Às vezes tem dia que a gente quer fazer as coisas, sabe fazer, dá conta, dava conta e agora já não dá. A idade vai acabando com a gente"* (M27, 80 anos, solteira). Ao falar de si, um senhor rememora: *"Ah gente, eu já trabalhei muito na minha vida, trabalhei na roça, fui criado na roça, trabalhando. Plantava roça, essas coisas assim. Agora a gente não dá conta mais de mexer com nada. Tem que ficar comendo o que tá feito."* (H45, 92 anos, viúvo).

Na sua maneira de pensar e agir, o signo “*não dou conta*” presente no campo de fala dos idosos identifica uma habilidade que se exauriu e agora não dá mais conta, revelando a condição de incapacidade funcional na cultura local.²⁴ Esse corpo velho produzido ao longo da vida requer uma alteridade radical que ocupe a funcionalidade faltante daquilo que não consegue mais fazer sem ajuda. Por sua vez, o signo “*comer o que tá feito*” lhes anuncia à sua impotência diante da dependência de outrem, ao seu próprio desamparo face ao inexorável da vida, e remete à inescapável finitude geradora de angústia e medo.³

Envelhecer se constrói na perspectiva de uma transformação permanente de tornar-se outro, a partir de uma infinidade de corpos alteridades que o indivíduo experimenta ao longo do tempo. Essa mutação involuntária confronta o humano com a sua própria diferença: como parte de uma metamorfose, o envelhecimento produz no corpo o sentido próprio de uma alteridade que se

instala a cada tempo na singularidade de cada um. Essa alteridade já não é mais o sentido daquele que é outro homem, mas o outro no homem.²⁵

É da condição humana experimentar o corpo do presente, mesmo que os registros da experiência remetam a um corpo que é *alter* na sua intimidade. Ao olhar o corpo limitado na sua função e atividade, o sujeito idoso apresenta dificuldades em vislumbrar o que ainda é possível realizar. Observa o passado desse corpo que produzia e considera o presente como um tempo de falta que o distancia do ideal de si mesmo. Por sua vez, a imagem de um corpo envelhecido que não corresponde mais à imagem da memória é a imagem apavorante de um espelho que antecipa ou revela a velhice⁵ e a morte.³

Um senhor ao ser indagado sobre a contribuição do tempo em relação à vida relata: "*... só tragédia né (risos). A idade só traz ruindade. As coisas que tem vontade de fazer não faz mais, ir para o forró, eu já gostei de forró. Então é coisa de quê? É, é coisa da idade.*" (H23, 82 anos, casado). Uma senhora explica: "*Ah, parece que sempre teve um tempo que a gente lavava roupa, fazia muita coisa. Eu lavava roupa, lavava as coisas, gostava de lavar. Depois eu fui ficando velha, eu fui ficando velha e...*" (M31, 77 anos, viúva).

Na medida em que o vivido insiste em lhe lembrar de um corpo passado idealizado, o corpo real, envelhecido e funcionalmente limitado produz a experiência dolorosa de não ser mais o que era. Na cultura local do universo pesquisado, o corpo outrora capaz de produzir não existe mais e lhes desvela a ausência da própria vida, reproduzindo a ideia do homem como objeto da produção,²⁶ e, portanto, na exigência do olhar coletivo no qual o idoso se mira, tampouco encontra o suporte necessário para se reconhecer como sujeito de sua própria referência.

O tempo da vida associado à mudança, à descontinuidade, à diferença, à ruptura, também se configura como alteridade na medida em que traz para existência a dualidade dos sentidos positivos e negativos que compõem o cotidiano do envelhecimento humano. Ao invés dos registros cronológicos das experiências do existir, o corpo envelhece ao ritmo da vida e não do tempo²⁷ e o envelhecimento é percebido no corpo, a partir das impressões que a vida

deixa. No advir do envelhecimento, a alteridade configura-se na individualidade. Corpo e tempo se entrecruzam e a seu modo vão produzindo várias velhices⁵ e outras tantas imagens.

Alteridade e Dor no Adoecimento do Corpo do Velho

Em relação às suas expectativas, dois idosos narram os seus medos: *"Isso aí o que eu mais tô com medo. É disso, igual muita gente. Estas doenças acabam cortando a perna, o braço. Isso daí a gente tem medo. Ah que não é fácil. Cê vê, a gente nasce perfeito e morre aleijado"* (M24, 86 anos, viúva). *"... a mão, não posso confiar nela em nada. Se eu pegar um prato, um troço que não possa (cair), cai (...). Agora, o pé também é preciso eu tá de olho nele. Atrapalha..."* (H9, 74 anos, casado).

Esse corpo depositário de memórias se transforma com o adoecimento e experimenta a metamorfose resultante da experiência e dos efeitos da doença ao longo do tempo. Esse outro possível no corpo do velho não é mais percebido como um aliado, pois estabelece para o sujeito idoso uma relação de distanciamento com seu corpo e desconfiança ante as partes que não mais respondem ao sentido da funcionalidade esperada. Por conseguinte, observa-se um paradoxo: submisso à doença e à dor o corpo fica reduzido às suas partes afetadas, mas é na desobediência do membro adoecido que o corpo manifesta o sentido de autonomia próprio de uma alteridade. A alteridade que se instala no cerne da corporeidade, e pela qual faz o corpo doente parecer outro, implica o retorno da atenção para esse corpo e, a partir dele, para toda a existência⁹.

Um senhor constata que a perna ficou bamba e está frouxa: *"Não firma (as pernas). Parece que... não é como era. (...) Uai, o que mudou é que, eu gostava de sair e caçar, sabe, ir pro mato caçando, quando eu aposentei, agora eu não posso sair, fico querendo o rio e não posso. É ficar quieto."* (H46, 90 anos, viúvo).

Maldonato (2012)¹⁰ entende esse sentimento como a *nostalgia* que se inscreve no horizonte do tempo, configurando os sentidos de um tempo concluído, que já foi e é impossível retornar. O tempo, embora ainda se tenha um espaço de percurso, se vê confrontado com outro tempo que não mais nos pertence e não

pode mais voltar. Etimologicamente nostalgia tem raízes no prefixo *nosto* (retorno) e no sufixo *algia* (dor) e conceitua a produção de lembranças de um espaço temporalmente vivido do qual se desgarrou ou foi afastado, produzindo sentimento de distância e exílio. Assim o corpo do velho é lembrança, temporalidade encarnada, alteridade presente que produz todos os significados de um corpo nostalgia.

Indagado sobre como saber que uma pessoa está com a saúde ruim, um idoso responde: *“eu acho que a pessoa é igual um carro, faz barulho, aparece sabe alguma coisa, você sente uma dor de cabeça, você sente uma tonteira, você sente uma dor nas costas, você sente uma dor no peito. Então o quê que acontece, você apareceu uma coisa, você tem que procurar um médico e ver o quê que ta acontecendo”* (H18, 65 anos, casado). Apesar disso, ele admite agir de modo diferente: *“Eu não fico procurando. É igual você pegar um carro, um carro velho. Se você for com ele pro mecânico todo dia, você acha defeito pra ele todo dia. Você vai convivendo. Porque se você começar levar ele pro mecânico num primeiro barulhinho, aquilo lá às vezes tá tudo bom, você pensa assim: tem um barulhinho aí. Tira esse barulhinho e aparece um outro barulhinho.”* (H18, 65 anos, casado)

O corpo doente da velhice é percebido e tratado de modo fragmentado, o que pode justificar a procura ou não por cuidado em saúde. Essa fragmentação do corpo indica que o idoso se faz conhecer nas partes, sem ser conhecido no todo do sujeito. Entretanto, a doença não é apenas um local do corpo, mas concerne toda a existência como aspecto da corporeidade.⁹

Uma idosa responde sobre a sua percepção de como é uma pessoa doente: *“Uai, eu vejo assim, porque a pessoa que tá doente, ele entristece, ele não anda, ele não come direito. Não sei, ele fica uma pessoa neutra...”*. Solicitada a explicar o sentido do que quer dizer uma pessoa neutra, explica: *“... Ele fica assim, parece que ele quer ficar só calado, só sozinho, só... não pensa.”*. E quando indagada se o estado neutro da pessoa doente é porque ela escolhe ou não essa condição, ela responde: *“Ah é a doença! A doença! Não consegue dominar a doença. A doença que provoca o jeito dela ficar.”* (M5, 77 anos, viúva).

O sujeito do corpo na velhice é neutralizado pela doença que o desempodera de si mesmo, produzindo um corpo apagado da presença do sujeito que, por sua vez, se torna neutro. O sujeito sem presença é neutro e desinvestido da vida, sem vínculo consigo mesmo e com os outros. Essa perspectiva corrobora o fato de que a dor é monossêmica e diante dela a pessoa se retrai do mundo, sendo que somente as relações do homem com os dados de seu universo sociocultural é que lhe confere significados⁹ na troca entre pares.

Uma idosa relata sua vivência de dor: *“Parece que os ossos cortam. Tudo dói: as mãos, os dedos, dói de mais! Tem dia que dói! Passo sem dormir (...) Essa noite eu não dormi. Dor no corpo, dor... os ossos, então fica doendo demais, isso tudo dói que Nossa Senhora! Ferroa tudo assim! Às vezes eu to assim sentada dá aquelas agulhadas no meu corpo. Aí eu fico quieta.”* (M8, 83 anos, viúva). A alteridade do corpo produz o estranho familiar de quem sente a dor de não se querer conhecer no corpo velho e doente, restando-lhe a resignação de se aquietar. A dor do corpo que envelhece e adocece produz na existência esse momento em que se confirma para a pessoa a impressão de que seu corpo não é ele.²⁸

Quando a vivência da dor impõe limitações ao modo de ser usual do indivíduo, percebe-se a alteridade no corpo doloroso mediada por um estranhamento face à imagem corporal. A doença cria uma alteridade no próprio sujeito, uma vez que na dor o corpo não se submete à vontade da pessoa que sofre, manifesta característica própria de corpo doente, torna-se um estranho e revela uma consciência de alteridade.⁹ Nessa perspectiva, o estrangeiro não é mais o *outro*, mas sua condição de estrangeiro passa a pertencer à subjetividade encarnada no corpo, fazendo com que o sujeito deixe de ser contemporâneo de si mesmo.²⁹

Ao ser indagado se é ruim a fase da dor, um idoso responde: *“... É muito ruim pelo seguinte: pelas dores que são demais. Essa condinite causa muita dor, a gota causa muita dor, agora ainda veio essa artrose no joelho.”* (H43, 62 anos, casado). Na cultura local, o corpo adoecido é invadido pela doença que vem e entra se instalando no íntimo do corpo impondo uma realidade dolorosa. Da mesma forma, a doença é o objeto estranho que precisa sair do corpo,

configurando no encaminhamento para a desincorporação desse objeto invasor e alheio à pessoa, o objetivo das práticas em saúde: “Mas os médico é bom boba, porque a doença mesmo é que não sai” (M24, 86 anos, viúva). O significado definidor da experiência de doença é próprio de uma incorporação/desincorporação em que o objeto estranho invade e sai da intimidade do corpo. Nesse sentido, os significados partilhados na cultura local influenciam a maneira como os indivíduos percebem a doença, vivenciam sua dor, interpretam seu sofrimento e estabelecem relações com os diversos sistemas de saúde.³⁰

Canguilhem (2002)³¹ aborda essa concepção de doença representada na dinâmica localizante de luta do organismo contra um ser estranho, combinando as afecções parasitárias com a ideia da doença-possessão. Para essa concepção, expulsar vermes e micróbios é recuperar a saúde, pois entende que a doença entra e sai do homem como por uma porta. Na especificidade da cultura local, o modo de pensar e agir do universo de pesquisa sobre o processo saúde doença é fortemente marcado pelo fato de Bambuí ter sido área endêmica para doença de chagas,³² cuja transmissão da infecção pelo *Trypanosoma cruzi* constrói uma representação localizante de doença. Essa questão pode jogar luz sobre o fato do universo de pesquisa ter a concepção de que a *velhice é doentia*,³³ configurando nessa perspectiva a representação da velhice-doença que vem de fora e me invade, sendo localizada nas partes e membros contaminadas ou possuídas do corpo.

Portanto, é fundamental compreender, a partir da perspectiva de alteridade, a experiência do sujeito idoso diante da vivência de sua imagem corporal, de sua dor e de possíveis doenças, cujas repercussões interferem no seu cotidiano e por vezes impõem a necessidade de cuidados crônicos ou mesmo a dependência de terceiros. Dessa maneira, quais as articulações possíveis que a alteridade do corpo do velho traz para maneira de ser da pessoa idosa em seu universo sociocultural e, principalmente, na sua inserção no campo de atenção à saúde e cuidado na saúde coletiva?

Ao sofrer mudanças ao longo do tempo, muitas questões emergem: O idoso percebe seu corpo como estranho somente como imagem ou igualmente como

sujeito? Qual efeito da imagem corporal sobre a implicação do sujeito no cuidado de si e aderência ao tratamento? Se a pessoa idosa não se reconhece no seu corpo velho, doente e incapaz então qual corpo tratar/cuidar? Se para o sujeito e sua imagem o corpo simultaneamente percebe e é percebido³⁴, a questão posta é: “*quem*” cuida e de “*quê*”?

O cuidado entre a Nostalgia da Imagem e a Esperança do Sujeito

Uma idosa responde sobre as dificuldades nas atividades cotidianas: “*Eu faço assim, quando a gente não dá conta de nada mais eu tenho que largar. Vai largando!*” (M4, 81 anos, viúva). O signo “largar” revela a estratégia de desistência do sujeito que se entrega a uma nova realidade corporal que se impõe, caracterizando um deliberado impedimento do seu corpo de se relacionar com a vida plenamente.³⁵

Um idoso fala de alguém com uma saúde ruim: “*A vida dele... Ele tinha mais idade do que eu, ele não importava de ficar doente não. Às vezes até: ah se morrer, não tem problema!*” (H6, 62 anos, casado). No campo da saúde, essa modalidade de enfrentamento da doença na velhice se configura como autoabandono no qual a pessoa não se faz presença no seu corpo, dificultando sua convocação como sujeito que cuida de si. Para lidar com esse corpo alteridade, os idosos pesquisados ao abrirem mão de ser como antes, desistem de construir para si um corpo possível para o tempo de hoje, e, portanto, de certo modo, desistem de atuar na vida, metaforizando o luto pelo próprio corpo de hoje que se apresenta incapaz.

Nesse sentido, a pessoa idosa perde a referência de si mesmo para afirmar sua concordância em se submeter a um determinado tratamento ou regime de intervenção. Se o corpo doente na velhice é um corpo “outro” diferente daquele ao qual o sujeito imaginariamente se identifica, prejudicado ficará os processos de aderência às práticas de cuidados. Estamos sempre nos separando de um corpo de outrora, mas não podemos nos separar de nós mesmos.

Assim, a alteridade do corpo na velhice quando não se reconhece historicamente inscrita como experiência passado-presente que unifica e referencia a experiência do viver, o futuro se apaga como possibilidade.

Prender-se na nostalgia de um corpo outro do passado causa muito sofrimento, sendo incontestavelmente um sentimento muito doloroso.³⁶ Essa é, portanto, uma vivência que se esvazia por não produzir o encontro da pessoa com a sua história e sentido de potencialidade e esperança.

Uma idosa relata suas consultas no posto de saúde: "*... consulto diariamente porque não sara, mas a gente fica naquela fé que vai sarar, mas o médico ótimo me desanimou que isso é idade, que eu tenho que aceitar.*" (M24, 86 anos, viúva). O saber biomédico expresso na cultura local não ilumina o abismo que separa a idolatria da visão mecanicista e desumana que privilegia a gestão da doença em detrimento do cuidado do doente; que concebe as intervenções como procedimentais em detrimento da compreensão do trabalho em saúde como produção de vínculos.³³

Fundamentalmente as relações de cuidado³³ mediadoras do encontro usuário/profissional, configuradas no campo relacional em saúde, poderiam promover a aproximação do sujeito com o seu corpo, de tal maneira que ele pudesse readquirir uma unidade de sujeito com a imagem do corpo que lhe causa estranhamento e dor. Assim, a alteridade assume um papel preponderante na questão da ética do cuidado, pois ao ser removido das relações de cuidado, o diálogo não se estabelece e o cuidado pode não se efetivar.³⁷

Entre a nostalgia e a esperança de uma nova história pra o corpo do velho, o médico condena a não ter esperança e ao aprisionamento desse corpo alteridade no lugar que compreende a velhice como doença e os agravos como coisas da idade.³³ A escuta de uma palavra livre desse olhar desestimulante poderia ajudar o velho a ser sujeito de sua história corporal, ocupando de si no autocuidado e na adesão ao tratamento.

Assim para viver a alteridade do corpo velho é preciso esperança, pois a nostalgia fala de um tempo irrevogável.¹⁰ É como diz Álvaro de Campos (Fernando Pessoa): "Lisboa torno a te ver, mas a mim não me revejo" (p. 249).³⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alteridade do corpo doente na velhice constitui-se em dimensão importante da corporeidade do sujeito idoso, que perpassa os significados presentes na experiência corporal e subjetiva da incapacidade funcional. O corpo que envelhece com doença é sentido como estranho podendo ser percebido como se tratasse de outro corpo que o habita, configurando a experiência corporal em um entretempo constituído na memória de um corpo ativo e outro de realidade funcional incapaz que não lhe garante vivência plena com a vida.

Nessa temporalidade múltipla, a alteridade enquanto qualidade daquilo que é outro denuncia na incapacidade funcional o sentido de que o corpo doente na velhice não é mais o mesmo, estando esfacelado na pluralidade de suas identidades. O desafio para a pessoa idosa é superar na alteridade do corpo a vivência da ruptura biográfica, transformando o tempo da descrição densa da vida na conexão do presente com o passado e o futuro. Nessa condição, a vida ganha unidade e o corpo readquire o seu direito à singular pluralidade de múltiplas identidades.

Na velhice, o imprescindível diálogo com a consciência do si mesmo possibilita a transformação e a qualificação das relações com outrem e com a própria subjetividade que compõem o vivido e se inscrevem no imaginário e no próprio corpo, múltiplo e polissêmico na mediação com o mundo. Da mesma maneira, no campo da saúde é preciso ressignificar o olhar da pessoa idosa para o seu próprio corpo, nas práticas de autocuidado, mas na experiência da dor e do estranhamento/alteridade do corpo envelhecido auxiliá-la a se reencontrar consigo e acreditar na potência do cuidado da saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

1 - Le Breton D. Antropologia do Corpo e Modernidade. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011.

- 2 - Botton JB. Promessa e atestação de si em Paul Ricouer. *Intuitio*; 2009; 2(2):145-151.
- 3 - Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de *não dar conta*, de *dar trabalho* e de morrer. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013. 18(9):2487-2496.
- 4 - Beauvoir S. *La vieillesse*. Paris: Gaallimard, 1970.
- 5 - Goldfarb DC. *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- 6 - Charmaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociol Health Illn*. 1983; 5(2):168-195.
- 7 - Smith JA, Osborn M. Pain as an assault on the self: an interpretative phenomenological analysis. *Psychol Health*. 2007; 22(5):517-34.
- 8 - Scatolin HG. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. *Psic. Rev.* 2012; 21(1):115-120.
- 9 - Venâncio S, Olivier GGF. A Doença e o Doente: uma abordagem através dos mitos. *Revista Impulso*, janeiro, 1999.
- 10 - Maldonato M. *Passagens de tempo*. São Paulo: Edições Sesc SP, 2012.
- 11 - Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados gerais e informações estatísticas da cidade de Bambuí. [Acessado em 05/abril/2016]. Disponível em <http://cod.ibge.gov.br/R79>
- 12 - Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Séries Históricas e Estatísticas. [Acessado em 05/abril/2016]. Disponível em http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=0&no=10
- 13 - Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. [Acessado em 05/abril/2016]. Disponível em

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/nota_tecnicas.pdf

14 - Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine*. 1992; 24:183-204.

15 - Uchôa E, Vidal JM. *Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença*. *Cad. Saúde Pública*. 1994; 10(4):497-504.

16 - Firmo JOA, Lima-Costa MFF, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(4):1029-40.

17 - Corin E, Bibeau G, Martin JC, Laplante R. *Comprendre pour Soigner Autrement. Repères pour Régionaliser les Services de Santé Mentale*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 1990.

18 - Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Harnois G. *Les Attitudes Dans le Champ de la Santé Mentale. Repères Théoriques et Méthodologiques pour une Étude Ethnographique et Comparative. Rapport Technique*. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Centre Collaborateur OMS, 1989.

19 - Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5):1509-1518.

20 - Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As Representações Sociais e a Experiência da Doença. *Cad. Saúde Pública*, 2002; 18(5):1207-1214.

21 - Osborn M, Smith JA. Living with a body separate from the self. The experience of the body in chronic benign low back pain: an interpretative phenomenological analysis. *Scand J Caring Sci*. 2006; 20(2):216-22.

22 - Maldonato M. Consciência da temporalidade e temporalidade da consciência. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*. 2008; 11(1):39-54.

- 23 - Augé M. Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas, SP: Papirus, 1994.
- 24 - Pereira JK, Firmo JOA, Giacomini KC. Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. Ciênc. saúde coletiva. 2014; 19(8):3375-3384.
- 25 - Vernant JP. A morte nos olhos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1973.
- 26 - Schimidt TCG, Silva MJP. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(3):612-7.
- 27 - Augé M. *Une ethnologie de soi: le temps sans âge*. Paris: Seuil, 2014.
- 28 - Le Breton D. Antropologia da Dor. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2013.
- 29 - Menezes MM. A Linguagem do Dizer em um Corpo que se apresenta como Ético. VERITAS Porto Alegre, 2007; 52(2):67-77.
- 30 - Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. Interface (Botucatu). 2002, 6(10):63-74.
- 31 - Canguilhem G. O normal e o patológico. Trad. Maria de Threza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- 32 - Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. Rev Saúde Pública. 2004; 38(6):827-34.
- 33 - Santos WJ, Giacomini KC, Firmo JOA. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. Ciênc saúde colet. 2014; 19(8):3441-3450.
- 34 - Peixoto AJ. Os sentidos formativos das concepções de corpo e existência na fenomenologia de Merleau-Ponty. Rev. abordagem gestalt. 2012; 18(1):43-51.

35 - Santos WJ, Pereira JK, Giacomini KC, Firmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. Cien. Saude Colet., 2013; 18(8):2319-28.

36 - Minkowski E. Breves reflexões a respeito do sofrimento, aspecto pático da existência. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. 2000; 3(4):156-164.

37 - Hames MLC, Carraro TE, Ramos FR, Tholl AD. A alteridade como critério para cuidar e educar nutrízes: reflexões filosóficas da prática. Rev Bras Enferm, Brasília 2008; 61(2):249-53.

38 - Pessoa F. Poesias de Álvaro de Campos. Lisboa: Ática, 1944 (imp. 1993).

7.3 ARTIGO 3

O Cuidado da Pessoa Idosa em Dor no Campo de Práticas da Saúde Coletiva

Wagner Jorge dos Santos;^{1,2} Karla Cristina Giacomini;^{2,3} Josélia Oliveira Araújo
Firmo^{1,2}

Instituições: ¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ; ²NESPE - Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento - FIOCRUZ/UFMG; ³Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Financiamento: FAPEMIG (processo CDS-APQ-00512-11) e CNPq (bolsa de produtividade: processo 302614/2011-7), CAPES (bolsa de doutorado).

Resumo

A dor crônica é uma importante questão nas práticas de saúde coletiva, envolvendo dimensões socioculturais e psicossociais na experiência e expressão do fenômeno doloroso, mobilizando uma multiplicidade de recursos humanos e tecnológicos para o cuidado da cronicidade da dor. Este artigo busca compreender o significado atribuído pelos idosos da comunidade aos cuidados da dor na velhice e discuti-lo a partir da abordagem conferida à dor nas práticas de saúde coletiva. A pesquisa foi desenvolvida na abordagem qualitativa de cunho antropológico e fundamentada nos pressupostos da etnografia. Foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado em universo de 57 idosos. A metodologia de *Signos, Significados e Ações* orientou a coleta e análise dos dados possibilitando a investigação das representações e comportamentos concretos associados à experiência da dor. Observou-se o sentido do cuidado da dor nas práticas da

saúde coletiva associadas em relação a três categorias analíticas: ao contexto da vida, a linguagem e a dor infligida. O cuidado da dor na atenção à saúde não se prende ao orgânico mas mobiliza toda a existência do idoso, alterando o processo comunicativo e produzindo sofrimento. O cuidado à dor precisa incluir o usuário no processo terapêutico e mobiliza-lo para assumir de volta sua vida.

Palavras Chaves: Dor, Cuidado, Idoso, Serviços Públicos de Saúde.

Abstract

Chronic pain is an important issue in collective health practices, involving sociocultural and psychosocial dimensions in the experience and expression of the painful phenomenon, mobilizing a multiplicity of human and technological resources for the care of chronic pain. This article seeks to understand the meaning attributed by the elderly in the community to the care of pain in old age and discuss it from the approach given to pain in collective health practices. The research was developed in the qualitative approach of anthropological and based on the assumptions of ethnography. Individual interviews were conducted with a semi-structured script in a universe of 57 elderly people. The methodology of Signs, Meanings and Actions guided the collection and analysis of data enabling the investigation of representations and concrete behaviors associated with the experience of pain. The sense of pain care in collective health practices associated with three analytical categories was observed: the context of life, language and pain inflicted. The care of pain in health care does not attach to the organic but mobilizes the entire existence of the elderly, altering the communicative process and producing suffering. Pain care needs to include the user in the therapeutic process and mobilizes it to take back their life.

Key Words: Pain, Care, Elderly, Public Health Service.

Introdução

A dor crônica é uma importante questão nas práticas de saúde coletiva, envolvendo dimensões socioculturais e psicossociais na experiência e expressão do fenômeno doloroso, mobilizando uma multiplicidade de recursos humanos e tecnológicos para o cuidado da cronicidade da dor.¹

Apesar do vasto arsenal teórico-prático do saber biomédico, a medicina simplesmente é incapaz de ver ou medir a dor.² Nessa perspectiva, a dor se configura como o sintoma mais subjetivo cuja visibilidade e mensuração dependem do relato do paciente, não havendo exames de imagem ou de laboratório que possam constatá-la.³

Cassell e Skopek (1977)⁴ compreendem a linguagem como o principal meio de acesso e instrumento predominante pelo qual a informação sobre o processo saúde/doença é transmitida entre o médico e seu paciente, razão pela qual o entendimento dos usos e funções da linguagem no campo de práticas da saúde é crucial para a assistência médica eficaz.

As sensações corporais que as pessoas experimentam e as respectivas interpretações médicas dos profissionais que atendem a essas demandas são definidas de acordo com códigos específicos desses dois grupos, validada pela representação de corpo e de doença que está em vigor⁵ num dado momento histórico da cultura local.

A vivência algica desafia os serviços públicos de saúde, particularmente em relação às tecnologias das relações de cuidado⁶, pois precisa encontrar na relação com a alteridade o acolhimento necessário de sua expressão - condição basilar no campo da saúde. O objetivo desse artigo é compreender o significado atribuído pelos idosos da comunidade ao cuidado da dor na velhice e discuti-lo a partir da abordagem conferida à dor nas práticas de saúde coletiva.

Percurso Metodológico

A presente pesquisa foi desenvolvida na perspectiva da abordagem qualitativa, constituindo-se em um estudo de cunho antropológico fundamentado nos pressupostos da etnografia. Foi utilizado na pesquisa o método de coleta de dados baseado no contato direto intersubjetivo entre o pesquisador e o sujeito pesquisado e que, segundo Turato⁷, estabelece o ambiente natural do sujeito como o espaço inequívoco onde ocorre a observação sem controle das variáveis e sem produzir nele nenhuma modificação.

Uma das grandes contribuições da antropologia para saúde foi a construção de um quadro conceitual e metodológico inovador que investiga o envelhecimento a partir da perspectiva êmica⁸. Para essa metodologia a interpretação do pesquisador é construída na perspectiva dos entrevistados e não como uma discussão na visão do pesquisador ou da literatura⁷. Nessa maneira, o idoso será convocado a falar sobre a vida e sobre si, mais especificamente sobre suas condições de saúde e experiência de incapacidade funcional. Isso possibilitou ao pesquisador o mergulho no ambiente local e cultural desse idoso, lugar onde ele se organiza e confere significados particulares a sua própria experiência.

O modelo de *Signos, Significados e Ações*, desenvolvido por Corin et al⁹ foi utilizado na coleta e análise dos dados, para permitir a sistematização dos elementos do contexto que participam da construção de maneiras típicas de pensar e agir dos idosos pertencentes a nossa amostra diante da incapacidade funcional. Esse Modelo permite o acesso a lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica para compreender e explicar uma determinada condição, assim como identificar os diferentes elementos de um contexto particular que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados por esta população frente ao problema^{10,11}.

Tal modelo tem sua origem com a corrente interpretativa em antropologia, na qual emerge uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura¹⁰. De acordo com Gueertz¹² – que se situa na origem dessa corrente –, a cultura constitui um universo de símbolos e significados que permite os sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações. A cultura é entendida como o contexto que confere inteligibilidade as situações e acontecimentos da

vida, estruturando o campo social em um tecido semântico. A cultura é, portanto, um texto interpretável. Dessa forma os idosos constroem psicossocialmente a sua experiência como o processo de adoecer, numa elaboração cultural de formas singulares de envelhecer.

Para reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados à incapacidade funcional foram entrevistados 57 idosos (27 homens e 30 mulheres) com idades variando entre 61 e 96 anos. Os critérios para a escolha dos entrevistados foram estabelecidos para garantir a heterogeneidade dos participantes segundo o território das equipes Estratégia Saúde da Família, o gênero, a idade e a condição funcional. Somente foram entrevistados idosos sem alterações cognitivas que impedissem a realização das entrevistas. O critério de saturação teórica foi utilizado para regular o tamanho do universo de pesquisa¹³.

Todos os idosos são residentes em Bambuí, Minas Gerais, sendo que as entrevistas foram realizadas em seus domicílios. A técnica de pesquisa utilizada na coleta de dados foi a entrevista individual com roteiro semiestruturado, permitindo a ampliação do campo de fala dos idosos pertencentes à amostra. As entrevistas foram gravadas e transcritas, permitindo na leitura atenta a identificação da unidade de significado associada à alteridade e suas várias categorias analíticas, fundamentando a análise dos dados na interação entre as diferentes categorias e sua articulação com o contexto sociocultural vigente¹⁴.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa é parte do projeto intitulado “Abordagem Antropológica da Dinâmica da Funcionalidade em Idosos” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou, CAAE: 0028.0.245.000-09. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, em acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Todos os idosos que compõem o universo pesquisado estavam sendo assistidos pela Estratégia Saúde da Família. No grupo, prevalecem baixa escolaridade, forte predomínio da religião católica e origem rural, sendo principais razões de mudança da área rural para a cidade a maior proximidade com o serviço de saúde e/ou com a escola dos filhos. Quanto ao estado civil, 24 eram casados, sete solteiros, 25 viúvos e um vivia em união estável; a maioria com filhos.

Após várias leituras sob um olhar cuidadoso e específico acerca do cuidado da dor nas práticas da saúde coletiva emergiram da análise três categorias analíticas: “A dor no contexto de vida”, “A linguagem no cuidado do sujeito em Dor”, e “A dor infligida nas práticas de cuidado”.

A dor no contexto de vida

Duas senhoras, indagadas sobre suas condições de saúde, relatam: *“A gente tem é as coisas assim de velho que é uma dor aqui, fica sentada, uma dor assim ...”* (M33, 74 anos, viúva); *“O reumatismo ta acabando comigo! Mas eu sinto assim muita canseira! O reumatismo nos ossos dói demais!”* (M8, 83 anos, viúva). No campo de fala do universo de pesquisa a dor é “coisa de velho” e vivência pertinente e naturalizada para esse momento no tempo da vida da pessoa idosa. Neste contexto existencial, a dor é a expressão reveladora de que, nos atravessamentos do corpo, a vida pode entrar em colapso, destruindo a unidade de si mesmo e acabando com a força vital de ser no mundo. Para Morris (1991)¹⁵ as pessoas experimentam a dor conforme e integralmente à maneira que elas interpretam, configurando a partir de sua vivência álgica o seu modo de ser e se organizar como ser no mundo.

Uma senhora idosa quando perguntada se fica mais deitada, responde: *“Deitada e solitária. Tem vez que eu não guento deitar. Eu sinto muita dor”* (M28, 76 anos, viúva). Outro idoso, ao responder sobre suas atividades da vida diária relata: *“Não faço nada. Aqui minha vida aqui é à toa. (...) A minha saúde não tá boa não. (...) Eu sinto é uma dor nas pernas que nossa senhora, viu”* (H23, 82 anos, casado). Os signos que sustentam as razões da vivência da dor do idoso desvelam a realidade de um corpo que está sem atividade, abandonado a um estado reduzido de movimentos e uma vida solitária marcada pela falta da companhia do outro. No contexto cultural local a dor dos idosos encontra-se em parte ou em total articulação dialética com a inatividade, o abandono e a solidão como lugar privilegiado de produção da vida e significação da existência. O significado presente nas narrativas sobre a vivência da dor sugerem sempre a perspectiva de que a vida não está boa ou que o cotidiano está permeado de algo desagradável. Le Breton (2013)¹⁶ compreende que toda dor envolve uma dimensão moral na medida em que, a partir de sua experiência acumulada, a vivência algica leva o sujeito ao questionamento da sua relação com o mundo.

“E eu fiquei ruim. Essa noite eu não dormi. Dor no corpo, dor... Os ossos, então fica doendo demais, isso tudo dói que Nossa Senhora! Ferroa tudo assim! Às vezes eu tô assim sentada dá aquelas agulhadas no meu corpo. Aí eu fico quieta.” (M8, 83 anos, viúva). A vivência da dor interfere no cotidiano da vida do idoso transformando o seu viver em completo desprazer, reclamando pra ser suportável um corpo com menos movimento e quieto. Essa relação entre dor e diminuição dos movimentos ou a completa quietude vai alterando a vida pra pior, configurando na cultura local o significado de esvaziamento do repertório de vida e empobrecimento das fontes de satisfação. Para Lima e Trad (2007)¹⁷ o sentido “doloroso” da vivência algica passa ocupar espaço relevante no cotidiano da vida na medida em que confronta a pessoa com “o quanto o incapacita ou passa a ser o foco principal sobre o qual tudo gira” (p.2675).

Cinco idosas e um idoso comentam a maneira pelo qual a experiência de envelhecer com incapacidade repercute na vida de cada um deles: *“Não dou conta de tanta dor nas cadeiras assim. Não tô dando conta de fazer nada.”* (M2, 63 anos, casada); *“E a gente fica doente, a gente dá trabalho demais!”*

Parece que eu perdi a coragem!" (M27, 80 anos, solteira); "A perrengada pegou eu. Eu não dou conta de mexer com nada. Às vezes eu vou lá pego um cavalo dou uma volta lá no pasto, mas dá uma canseira." (H23, 83 anos, casado); "Acho que a gente quando não dá conta de andar mais, as pernas da gente bambeia né." (M4, 81 anos, viúva); "A gente tem dificuldade, assim, que agora a gente não tem aquela disposição de nova mais né." (M5, 77 anos, viúva); "Eu não faço nada com a mão. Eu pego as coisas com esse dedo, agora o dedo não ta dando, não tem força mais. Tudo bobo a minha mão." (M8, 83 anos, viúva). Corroborando Ferreira (1994)⁵ os relatos dos idosos confirmam a noção de que qualquer prejuízo às atividades normais da vida diária configura um estado vivencial doentio percebido como sintoma e mediado por sensações desagradáveis de dor, mal-estar, cansaço, fraqueza.

Um idosa indagada se a dor na perna atrapalha, responde: *"Foi uma dor aqui nessa perna que não descobre o que é. Aí embaraça a gente um pouco. Já fiz muitos exames, já fiz três raio X, não acusa nada e nem vai acusar que isso é velhice. Não é? Velhice, como diz o outro: gente, as mulher tão ficando tudo velha! "Tô com isso, tô com aquilo". Gente, isso é velhice! Que doença que é a da sua mãe? É velhice!" (M19, 83 anos, viúva). No campo de fala da idosa a dor não se reduz ao corpo, a dor é na velhice, pois a velhice é doença. Essa velhice que marca o corpo, mas não vai ser vista naquilo que o saber e a tecnologia biomédica quer ver. A dor é assim a metáfora denunciadora para além do fato, onde o que é doente não se prende ao orgânico, mas espalha o sentido do lugar que o idoso ocupa na existência.*

O significado de saúde e doença é uma construção social na medida em que a classificação construída pela sociedade, de acordo com os critérios e modalidades que ela fixa, confere ao sujeito o sentido do que é ser doente⁵. Portanto, na perspectiva do campo social o significado do corpo na velhice não se configura naquilo que ele é, mas no que ele representa¹⁸.

Um idoso perguntado se tem medo que piore alguma coisa ou que volte a fase de dor, responde: *"Eu sinto muita dor na coluna, cervical, isso em baixo da coluna. A única parte minha que eu não sinto dor ainda é nas mãos. Nos ombros, perna, lombo, eu não dou conta nem de levar a mão na cabeça. Aí eu*

vou suportando, aí vou levando uma vida razoável. Nunca entrei em depressão, com essas doenças toda, mesmo pelo tempo de cama que eu fiquei, sempre tomo um antidepressivo". (H43, 62 anos, união estável). A dor faz a vida e a vida se torna razoável, o que não lhe deixa alternativa a não ser ir levando e suportando todas as repercussões que a vivência da dor confere à existência. A dor não é somente sensação, mas igualmente emoção, sentido e percepção que lança o sujeito a ter que se confrontar com o seu inteiro, com toda a espessura de sua história pessoal e com as contingências presente na materialidade da vida. Corroborando o pensamento de Lima e Trad (2007)¹⁷ o cuidado da dor nas práticas de saúde coletiva precisa saber incluir o usuário e reconhecê-lo na sua integralidade, contemplando no seu projeto terapêutico da dor todas as complexas dimensões de uma existência corporal em um trabalho construído pela aproximação e respeito à singularidade do usuário.

A linguagem no cuidado do sujeito em Dor

Um idoso ao ser perguntado como o "postinho" tem funcionado, analisa: *"Porque aqui nosso aqui é só agente de saúde que fala assim: teve diarreia? Não. Fecha o caderno e vai embora, minha filha. Não quer saber de mais nada. Só isso. Nossa senhora!"* (M17, 61 anos, casada). No campo de fala dos idosos se evidencia a percepção de que os profissionais de saúde muito pouco ou nada querem conversar. O diálogo não se estabelece, muito menos se tem abertura para querer saber da vida e os sentidos da existência que produzem o processo saúde/doença. Portanto, constrói-se uma assistência empobrecida de palavra, a qual não se vincula com a materialidade da vida do usuário e pouco se consegue fazer ponte com a noção de saúde que pudesse enxergar a pessoa na sua inteireza. Pra agente comunitária a diarreia fica maior que o sujeito, que por sua vez fica eclipsado pelo desejo do profissional de querer saber somente da doença e não do doente.

McCaffery (1968)¹⁹ define a dor como experiência subjetiva ao afirmar que o conhecimento e avaliação da dor só se dará a partir do auto relato da pessoa sob sua própria dor, pois a dor é tudo o que a pessoa que experimenta diz que é, sendo existente sempre o que ele diz que existe e da maneira como se

configura para ela. Portanto, a dor nunca aparecerá se não for dita e a efetividade do seu cuidado muito menos se realizará sem a escuta e a aproximação sem pressa mediada pelo campo das palavras.

Uma idosa responde se no postinho da comunidade tem médico: “*Ai, médico de postinho, ele: ‘ah ta bão demais, você ta ótima e tudo!’. Não, aqui não tem médico não.*” (M32, 73 anos, casada). Na percepção da idosa fica evidente a dificuldade do profissional que assiste os usuários na comunidade em construir uma escuta capaz de produzir entendimento e de se efetivar como prática de cuidado. O que o usuário demanda não encontra resposta adequada no direcionamento da assistência do profissional, produzindo o significado de que aquilo que o usuário precisa não é o que o médico tem pra oferecer. O cuidado da dor tem que tomar como ponto de partida a fala do usuário, estabelecendo para o campo de práticas o princípio fundamental do projeto terapêutico de se acreditar no dizer da dor de quem a experimenta e dirige sua demanda ao profissional da saúde¹⁷.

Uma idosa responde ao questionamento de como está a saúde: “*Uai, a minha saúde eu nem sei te contar, porque toda hora eu tô sentindo uma coisa, eu já tô de muita idade, acho que tudo ajuda, né?*” [Mas a saúde está boa, mais ou menos ou ruim?] “*Ah, eu mesma não tô me entendendo. Uma hora eu animada, outra hora eu tô desanimada, assim, e eu até alimento bem, durmo bem...*” (M16, 96 anos, viúva). A dificuldade de idosos em transitar pelo campo da linguagem pode ser um impeditivo para que o cuidado se efetive. No processo comunicativo e de interação entre usuário e profissional, a falta ou empobrecimento de repertório simbólico por parte do usuário para contar o que se vivencia, dificulta a aproximação e a construção do projeto terapêutico. Sensações desprovidas de palavras, angustia como se não pudesse acessá-las. Para as pessoas idosas com problemas de comunicação há indícios de que a gestão dos cuidados tendem a ser conseqüentemente inadequada.²⁰

No caso específico da vivência álgica, não saber contar a dor faz com que ela fique maior, na medida em que maior será o desespero, e maior a necessidade de restituição alteritária. Sentir é algo que busca palavra, que reclama o contorno necessário e suficiente para dar sentido àquilo que se vive.

E o sentido pode ser tanto aquilo que significa, mas igualmente aquilo que se sente e pulsa na alma. Os acontecimentos vividos na existência humana só ganham importância e significado quando adquirem possibilidade de serem nomeados, postos em linguagem, embora também seja possível sofrer do que não podemos dizer.²¹

Uma idosa ao ser indagada se faz fisioterapia, responde: *“Eu vou lá no centro, mas depois eu não dou conta de voltar de dor nos joelhos. [...] Os médicos mandam eu caminhar, outros falam que eu não posso caminhar porque o meu joelho ta desgastando. Aí eu não sei se eu posso caminhar ou não.”* (M32, 73 anos, casada). O projeto terapêutico da dor na atenção primária, fundamentada na abordagem multiprofissional, as vezes expõe as divergências entre as várias crenças “científicas” e existenciais entre os profissionais da assistência. A compreensão do processo de envelhecimento, a velhice e especificamente a dor, configura um complexo e multifacetado rol de possibilidades teóricas e práticas que influenciam tanto o diagnóstico quanto a direção do tratamento. Nesse embate multiprofissional sobre qual a opinião profissional deve prevalecer esqueceram de incluir o doente no processo terapêutico¹⁷, a partir de seu desejo e da singularidade de sua dor. Para Markides (2011)²² o pensar e agir do saber biomédico que compreende o tratamento só por ele mesmo sem sequer pedir a opinião do paciente é baseado na perspectiva de que a opinião do médico é aquela que “sabe melhor” e por ser “especialista” tem a única e última palavra. Perguntar a opinião da idosa sobre os limites e possibilidades de seu corpo, das formas e intensidades do caminhar, é parte do cuidado do processo de cuidar de quem sente a dor (e não da dor).

Compreender a produção de fala na abordagem da vivência álgica e seu alcance no universo da cultura local dos idosos é fundamental para o cuidado do sujeito em dor, podendo inclusive ser parte do acolhimento e alívio mediado por uma postura antálgica na produção de cuidados. No cuidado da vivência da dor é importante entender igualmente o limite da linguagem humana que deixa um ‘resto’ que não se apreende na abordagem verbal, ficando passível de manejo somente pela linguagem não verbal do toque, do olhar e da presença incentivadora e suportiva de quem produz cuidados.

A dor infligida nas práticas de cuidado

Uma idosa ao dizer sobre a qualidade do “postinho”, centro de saúde nos bairros, avalia: *“Francamente, nós nunca teve um médico bão no postinho. Nunca teve. Eu fui, eu tive o quê? Fiz uma cirurgia rápida aí, eu fui no médico lá, o médico falou assim, aqui no postinho ele falou assim: “não, isso é coisa a toa, isso é problema de vista. Toma bastante água!”. Tá, eu vim embora pra casa tomar água né. Acabou que eu tive que fazer até uma cirurgia urgente, de uma hora pra outra. Eu tomando água.”* (M17, 61 anos, casada). O sentido evidenciado na narrativa da idosa sugere que a presença (ou não) do médico no “postinho” não é uma questão meramente física, mas converge para uma significação dirigida aos efeitos das ações práticas na gestão do cuidado. A inadequação dos atos do profissional médico se torna ainda mais evidente na medida em que o usuário foi exposto ao risco de agravamento de sua condição de saúde em relação à sua demanda inicial. Ainda mais grave é a dificuldade de estabelecimento do diagnóstico inicial capaz de direcionar de maneira efetiva a assistência. Nessa perspectiva, a dor já não é mais aquilo que o usuário traz pra assistência, mas o efeito da assistência sobre o usuário que demanda.

Estudos²³ têm demonstrado que os pacientes pertencentes a culturas diferentes dos profissionais de saúde que tratam deles, recebem manejo inadequado da dor. Dessa forma o cuidado da dor na saúde coletiva também pode infligir dor nas pessoas assistidas e produzir vulnerabilidades, apesar da intencionalidade de querer cuidar.

Um idoso ao refletir sobre sua relação com o campo da saúde, narra: *“E os médico, inclusive esta minha filha, falando de saúde, eu me queixo da sequela, daquela vontade de melhorar, melhorar a qualidade de vida, eles usam uma palavra que me machuca.”* (H49, 77 anos, casado). O campo das práticas de cuidado também inflige dor nos usuários que demandam alívio, principalmente se o diagnóstico médico (e da família) sobre a vivência da dor objetiva alguma forma de julgamento do usuário ou a imposição de tratamento que desqualifica

a relação com o doente como parte importante no processo de comunicar a dor.²⁴ A abordagem clínica da dor no campo de práticas da saúde coletiva precisa preservar uma comunicação ética que respeite a singularidade do usuário, a confiança mútua, sem se basear em aspectos morais do comportamento do usuário alvo da assistência. A prática clínica precisa estabelecer o diálogo entre os sentidos técnicos e objetivos do saber biomédico com o conhecimento subjetivo do usuário sobre a sua história e vivências, seus efeitos sobre a doença em um corpo vivido no mundo.²⁵

Uma idosa ao avaliar a qualidade dos serviços públicos de saúde, diz: *“É sempre assim, sempre uma pessoa reclama uma coisa, sempre uma pessoa reclama outra, negócio de médico, negócio de atendimento. Não sei se eu tô com depressão, mas tem hora que dá uma choradeira. Ah, todo mundo aqui, muita gente mesmo reclama aqui negócio de saúde. Tem coisa aqui que se não correr pra fora morre.”* (M17, 61 anos, casada). Na narrativa da idosa a dor da vida se mistura com a dor da desassistência (e vice versa), onde o que se reclama é a própria falência da vida na metáfora da ausência do estado que, por desamparar, pode até matar quem não correr pra fora. O choro e a depressão passa ser a senha de que o idoso não consegue amparo e acolhimento na vida e nem na assistência. Talvez possa ser o idoso poliqueixoso aquele que guarda o sentido de ser abandonado, pois quem guarda um dia clama, e sem alternativa reclama. Quando da dor não se cuida, não é do corpo que não cuida, mas do todo da vida.

A dor é um mistério para quem observa de fora²⁴, pra quem não se aproxima, pra quem não se aventura no campo da palavra e muito menos pra quem não sabe escutar. Cuidar da dor é essencialmente resolver o mistério, dando voz e ouvido pra quem sofre. No campo da saúde coletiva as intervenções de cuidado da dor precisam ir além da perspectiva cirúrgica ou farmacológica, mas fundamentalmente é preciso saber mobilizar os recursos pessoais da pessoa idosa. Lima e Trad (2007)¹ compreende que os fundamentos para o projeto terapêutico da dor crônica devem ser construídos na direção do investimento no alívio e na reorganização do universo vivencial, não se comprometendo com a eliminação da dor. É preciso, portanto, recuperar a vida e as atividades de ser e se organizar no mundo, mesmo com a permanência da dor.

Considerações Finais:

O cuidado da dor é fundamentalmente o cuidado do usuário que vivencia a dor. Para isso, superar todas as dualidades e reconhecer o sujeito na sua totalidade, é sentido necessário e fundamental para a construção do projeto terapêutico. Acima de tudo, é preciso garantir ao sujeito assistido o respeito a sua singularidade histórica e corporal, e o seu direito de poder dizer da sua dor e obter escuta humanizada pra seu sofrimento.

Saber incluir o usuário no seu processo terapêutico é o maior desafio da equipe, principalmente na mobilização do sujeito para deslocar a dor do lugar de centralidade na vida. O principal objetivo do cuidado da dor na atenção primária é devolver ao sujeito a sua vida, ajudando-o a se ocupar de si, voltar a se organizar preservando qualidade na vida, com, e apesar da dor.

O campo de práticas em saúde coletiva precisa saber tencionar as ambiguidades da dor e direcioná-la para um lugar que nos humanize. Se a dor pode desvelar a nossa fragilidade e finitude, é preciso compreender a dor como substrato que nos deixa saber que ainda estamos vivos e em nós pulsa sentidos da vida.

Incluir na pauta do cuidado da dor as dimensões éticas do respeito e do direito à vida, são aspectos altamente produtivos no encontro entre alteridades, pois o cuidar é sempre uma tarefa dependente do outro.

Referências:

1 - Lima MAG, Trad LAB. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. Cad. Saúde Pública, 2007 nov; 23(11):2672-2680.

2 - Conrad P, Barker KK. The Social Construction of Illness, Key Insights and Policy Implications. Journal of Health and Social Behavior. 2010. nov; 51(1): supplS67-S79.

3 - Minatti SP. O psicanalista no tratamento da dor. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2012; 15(4):825-837.

- 4 - Cassell EJ, Skopek L. Language as a tool in medicine: methodology and theoretical framework. *J Med Educ.* 1977, Mar; 52(3):197-203.
- 5 - Ferreira J. O Corpo Sínico. In: Alves PC; Minayo MCS. *Saúde e doença: um olhar antropológico.* Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 101-112.
- 6 - Santos WJ, Giacomini KC, Firmo JOA. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(8):3441-3450.
- 7 - Turato ER. Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: Definições e seus Objetos de Pesquisa. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39(3): 507-514.
- 8 - Uchôa E. Contribuições da Antropologia para uma Abordagem das Questões Relativas à Saúde do Idoso. *Cad Saúde Pública*, 2003 mai-jun, 19(3): 849-853.
- 9 - Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine.* 1992; 24: 183-204.
- 10 - Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cad. Saúde Pública.* 1994; 10(4): 497-504.
- 11 - Firmo JOA, Lima-Costa MFF, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(4):1029-1040.
- 12 - Geertz C. *The Interpretation of Cultures* New York: Basic Books Inc. Publishers. 1973.

- 13 - Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1): 17-27.
- 14 - Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. Cad Saúde Pública. 2005; 21(5): 1509-1518.
- 15 - Morris DB. The Culture of Pain. Berkeley: University of California Press, 1991.
- 16 - Le Breton D. Antropologia da Dor. Tradução Iraci D. Poletti. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2013.
- 17 - Lima MAG, Trad LAB. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. Cad. Saúde Pública, 2007 nov; 23(11):2672-2680.
- 18 - Blessmann EJ. Corporeidade e Envelhecimento, o significado do corpo na velhice. Estud. interdiscip. envelhec. 2004; Porto Alegre, 6:21-39.
- 19 - McCaffery M. Nursing theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions. Los Angeles: University of California Los Angeles Students' Store, 1968.
- 20 - Gregory J. How can we assess pain in people who have difficulty communicating? A practice development project identify in gap a in assessment tool for acute care. International Practice Development Journal. 2012, nov; 2(2): article 6. Disponível em http://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol2No2/IDPJ_0202_06.pdf Acesso em 01 de Agosto de 2016.
- 21 - Borges SMN. Propostas para uma relação: profissionais de saúde e mulheres. Cad. Saúde Pública. 1991; 7(2): 284-289.
- 22 - Markides M. The Importance of Good Communication Between Patient and Health Professionals. J Pediatr Hematol Oncol. 2011, october; 33: Supplement 2, S123-S125.

23 – Weissman DE, Gordon D, Bidar-Sielaff S. Cultural Aspects of Pain Management. *Journal of Palliative Medicine*. 2004; 7(5):715-717.

24 - van Hooft S. Pain and communication. *Med Healthcare Phil*. 2003; 6:255-262.

25 - Giordano J, Abramson K, Boswell MV. Pain Assessment: Subjectivity, Objectivity, and the Use of Neurotechnology Part One: Practical and Ethical Issues. *Pain physician*. 2009, nov; 13(4):305-15.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde que se reconhece no campo coletivo se transforma no espaço plural de trocas e encontros, visto que no cotidiano das práticas os seus profissionais são convocados à disponibilidade para a alteridade. Essa configuração adquire contornos ainda mais forte quando a pauta da assistência é a vivência de um idoso em dor, pois acolher e interpretar a dor do velho é uma tarefa só possível entre alteridades, ou no encontro entre elas. Saber dizer a dor do velho a partir de sua velhice, é o desafio do campo da saúde coletiva de reconhecê-lo na singularidade de sua história e, ao mesmo tempo, integrar a velhice do seu corpo à velhice da história da vida.

No campo de práticas da saúde coletiva é fundamental que os operadores do cuidado reconfigurem a assistência aos usuários idosos a partir da reflexão sobre o significado e a interpretação da dor no enquadramento das questões culturais. O diálogo entre o saber biomédico e a cultura pode ser muito rico na medida em que reconfigura o entendimento sobre a experiência do sofrimento e humaniza as práticas. O corpo e a velhice no contexto do saber biomédico ainda estão saturados de um olhar reducionista que não integra o idoso na totalidade da experiência do ser e muito menos à sua individualidade. É preciso romper com as resistências e arejar as referências práticas e teóricas.

A dor tão presente na velhice nos convoca a uma nova agenda que amplie a discussão do lugar do idoso na assistência e fortaleça a necessidade de qualificação do campo de práticas. Para tanto, é preciso ressignificar o campo de escuta dos profissionais no cotidiano dos serviços públicos de saúde que atende a pessoa idosa em dor, configurando uma assistência mais efetiva e humana. A vivência da dor é um lugar privilegiado de reflexão e humanização das relações em serviço e do acolhimento da experiência álgica do idoso no campo de práticas da saúde coletiva.

Ampliando o horizonte do nosso olhar, uma das possibilidades desse percurso poderia ser a ampliação da discussão sobre corpo e tempo e as dores que essa aproximação tanto pode trazer para a velhice. Os atravessamentos dessa temática é sempre instigantes e enriquecedores, na medida em que nos expõe à sentidos silenciados pela cultura como a questão do estigma, da finitude, da morte, mas o seu contraponto de nos descobrir vivos (apesar de). Mesmo sem

a reflexão, essa é uma realidade de idosos que vivenciam todos os atravessamentos do tempo no corpo. Sem a reflexão, talvez a dor nesse caso seja a do silêncio.

É preciso que a dor possibilite às pessoas estar em contato com seus corpos, reconfigurando na multiplicidade das vozes da vivência álgica os sentidos da indivisibilidade do ser e a historicidade da experiência do existir humano. Somos muitos e ao mesmo tempo um (o um do espelho que vejo por vez). Nessa perspectiva a dor nos confronta com a nossa história, nossas memórias, permeadas de cicatrizes e afagos arrepiantes, de sabores e dissabores, de tanto mel e igual amargor. Enfim, a metáfora do corpo nos possibilita ao acesso ao todo da vida em sua dualidades, ambiguidades em eternas series complementares.

Se pensarmos nas questão da pratica de cuidado da pessoa idosa em dor no campo de práticas da saúde coletiva, nenhum projeto terapêutico poderá se comprometer com a eliminação da dor na perspectiva simplista e maniqueísta da analgesia. A terapêutica da dor quando levado em conta a realidade da existência corporal é sempre um “apesar de” (termos que conviver com a dor). E podemos, pois a vida só pode ser feita a partir de dois mundos. Esse diálogo entre a vida e a finitude, proposto pela vivência da dor, é fundamental para uma assistência humana e efetiva.

A dor instaura, portanto, a necessidade da aproximação e do diálogo. Essas duas dimensões são fundamentais para o projeto terapêutico da dor: a dialética entre o encontro de quem se aproxima e abertura para o diálogo. O campo da saúde precisa se permitir as narrativas de quem quer contar uma história (de sua dor). O campo da saúde ainda resiste às narrativas, permitindo a sentido imediato da informação de só saber a dor. A vivência álgica por idosos nos mostra que é preciso saber cuidar da pessoa em dor e não simplesmente da dor, pois essa que apaga a pessoa nas sombras de um corpo sem história e sem sujeito.

Portanto, a aproximação entre vivência e experiência no campo de práticas da saúde coletiva é fundamental para que se qualifique a atenção à saúde.

Pensando na Vivência da Dor dos Idosos, e parafraseando a poetiza norte americana Muriel Rukeyser, poderíamos dizer que "O mundo (da saúde coletiva) é feito de histórias e não de átomos".

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, Mauro Martins. **Experiência: um termo chave para a Psicologia**. Memorandum. 2007; 13: 08-15. Disponível em <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/amatuzzi05.pdf> Acesso: 15/08/2016.

ARENDDT, Hannah. **Homens em tempos sombrios**. Tradução de Denise Bottmann. São Paulo: Companhia das Letras, 1987, p. 95.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco; Poética / Aristóteles**; seleção de textos de José Américo Motta Pessanha - (Os pensadores; v. 2) - 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991.

BENDELOW, Gillian A.; WILLIAMS, Simon J. **Transcending the dualisms: towards a sociology of pain** *Sociology of Health and Illness*. 1995; 17(2):139-165.

BERNARDES, Sonia F.; LIMA, Maria Luísa; PAULINO, Paula. **Do estoicismo face à dor: um modelo enraizado sobre a contextualidade das expectativas de papel de gênero de leigo(as) e enfermeiro(as)**. In: Gênero e Saúde: diálogos ibero-brasileiros. STREY, Marlene Neves; NOGUEIRA, Conceição; AZAMBUJA, Mariana Ruwer de (orgs). Porto Alegre: Edipucrs, 2010, p. 79-114.

BIRMAN, Joel. **Dor e sofrimento num mundo sem mediação**. In: Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial. Rio de Janeiro, 2003, p. 1-7. Disponível em: http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf, Acesso em: 09/04/2015.

_____. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

BOTTON, João Batista. **Promessa e atestação de si em Paul Ricouer**. Intuíto; 2009, outubro; Porto Alegre; 2(2):145-151.

BONICA, John J. **History of pain concepts and pain therapy**. Mt Sinai J Med. 1991; 58:191-202.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm> Acesso em: 0/04/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4º ed. Brasília: Editora do MS; 2008.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados gerais e informações estatísticas da cidade de Bambuí**, 2010a. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310510> Acesso em: 04 abril de 2016.

____ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. **Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas.** Rio de Janeiro, 2010b. Disponível no site <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf> Acesso em: 04 de abril de 2016.

BUSSOLETTI, Denise Marcos; GUARESCHI, Pedrinho. **Entre-lugares de verdades perigosas: a teoria das representações sociais, a dor do outro e a dialogicidade ainda possível.** Em *Questão*, Porto Alegre, 2011; 17(1):65-77.

CALLISTER, Lynn Clark. **Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors.** *Home Health Care Management & Practice*. 2003 abril; 15(3):207-211.

CANESQUI, Ana Maria. **Compreender a dor.** *Interface (Botucatu)*, 2011 Jun; 15(37):613-616.

CASELL, Eric J. **The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship.** Harmondsworth: Penguin Books, 1978.

CASELL, Eric J.; SKOPEK, Lucienne. **Language as a tool in medicine: methodology and theoretical framework.** *J Med Educ*. 1977, Mar; 52(3):197-203.

CELICH, Kátia Lilian Sedrez; GALON, Cátia. **Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social.** *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2009; 12(3):345-359.

CHAN, Michelle Y. P.; HAMAMURA, Takeshi; JANSCHWITZ, Kristin. **Ethnic differences in physical pain sensitivity: Role of acculturation.** *Pain*. 2013, jan; 154 (1):119–23.

CHENG, Su-fen; FOSTER, Roxie L.; HUANG, Chu-yu. **Concept Analysis of Pain.** *Tzu Chi Nursing Journal*, 2003; 2(3):20-30.

CORIN, Ellen. **The Culture Frame: context and meaning in the construction of health.** In: AMICK III, Benjamin; LEVINE, Sol; TARLOV, Alvin R.; WALSH, Diana Chapman. (eds.). *Society and Health*. Oxford: Oxford University Press, 1995, p. 272-304. Disponível em <http://books.google.com.br/books?hl=pt-R&lr=&id=J3Uer Iv0V8C&oi=fnd&pg=PA272&dq=CORIN,+E.,+1995.+The+culture+frame:+Context+and&ots=ulbVwR8suM&sig=E5N9jGmjyE8eVFW 5rpr76AE79E#v=onepage&q&f=true> . Acesso em 07/05/2016.

CORIN, Ellen; UCHÔA, Elizabeth; BIBEAU, Gilles; KOUMARE, Baba. **Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions.** *Psychopathologie Africaine*. 1992; 24(2):183-204.

CORIN, Ellen; BIBEAU, Gilles; MARTIN, Jean-Claude; LAPLANTE, Robert. **Comprendre pour Soigner Autrement. Repères pour Régionaliser les Services de Santé Mentale.** Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 1990.

CORIN, Ellen; UCHÔA, Elizabeth; BIBEAU, Gilles; HARNOIS, Gaston. **Les Attitudes Dans le Champ de la Santé Mentale. Repères Théoriques et Méthodologiques pour une Étude Ethnographique et Comparative.** Rapport Technique. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, 1989.

COSTA, Márcio Luis; BERNARDES, Anita Guazzelli. **Produção de Saúde como Afirmação de Vida.** Saúde Soc. 2012; 21(4):822-835.

CUNHA, Lorena Lourenço; MAYRINK, Wildete Carvalho. **Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos.** Rev Dor. São Paulo, 2011; 12(2): 120-4.

CZERESNIA, Dina. **Interfaces do Corpo: Integração da alteridade no conceito de doença.** Rev. bras. epidemiol. 2007; 10(1):19-29.

EISENBERG, Leon. **Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness.** Cult Med Psychiatry. 1977; 1(1):09-23.

ESCANDELA, John A. **Social science and the study of pain since Zborowski: a need for a new agenda.** Soc. Sci. Med. 1993; 36(6):783-791.

ESPADINHA, Antónia Maria Nicolau; SANTOS, Vítor António Soares. **Concept and Experience of Pain: Cross-Cultural Perspective.** Journal of Aging & Innovation. 2012; 1(5):55-68.

FERREIRA, Jaqueline. **O Corpo Sínico.** In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 101-112.

FERREL, Betty R.; DEAN, Grace. **The meaning of cancer pain.** Seminars in Oncology Nursing. 1995, february; 11(1):17-22.

FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda Furtado de; UCHÔA, Elizabeth. **Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos.** Cad Saúde Pública. 2004; 20(4):1029-1040.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Cad Saúde Pública. 2008; 24(1):17-27.

FREE, Mary Moore. **Cross-cultural conceptions of pain and pain control.** BUMC PROCEEDINGS. 2002; 15:143-145.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e Método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.** Tradução Flávio P. Meurer. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

_____. **Verdade e Método II. Complementos e Índice.** 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas.** Rio de Janeiro: LTC Livros Técnicos e Científicos Editora, 1989.

GIACOMIN, Karla Cristina; UCHÔA, Elizabeth; LIMA-COSTA, Maria Fernanda Furtado de. **Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes**. Cad Saúde Pública. 2005; 21(5):1509-1518.

GIACOMIN, Karla Cristina; UCHÔA, Elizabeth, FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda Furtado de. **Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos**. Cad Saúde Pública. 2005 jan-fev; Rio de Janeiro, 21(1): 80-91.

GINZBURG, Jaime. **Dor e Linguagem: em torno de Wittgenstein**. Com Ciência – Revista eletrônica de jornalismo científico – SBPC. 2007. Disponível em:

<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=24&id=263&tipo=1> Acesso em: 09/04/2015.

GOOD, Byron J. **Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

GOOD, Mary-Jo Delvecchio; BRODWIN, Paul E.; GOOD, Byron J.; KLEINMAN, Arthur. (eds.) **Pain as human experience: an anthropological perspective**. 2ed. Berkeley: University of California Press, 1994.

GUSMÃO, Neusa Maria Mendes de. **Linguagem, cultura e alteridade: imagens do outro**. Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas, 1999 jul, 107: 41-77.

HELMAN, Cecil G. **Disease versus illness in general practice**. Journal of the Royal College of General Practitioners. J R Coll Gen Pract. 1981 Sep; 31(230): 548–552.

_____. **Cultura, Saúde e Doença**. Tradução Ane Rose Bolner. 5 ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). **Pain terms: a list definition and notes on usage**. Recommended by an IASP subcommittee on taxonomy. Pain, 1979; 6:249-252.

_____. **Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage**. In Classification of Chronic Pain, Second Edition, Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk. Seattle: IASP Press, 1994, p. 209-214.

KLEINMAN, Arthur. **Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine**. Berkeley: University of California Press, 1995.

_____. **Experience and its moral modes: Culture, human conditions, and disorder**. In: PETERSON, Grethe B. (ed.), The Tanner lectures on human values, Vol. 20. Salt Lake City: University of Utah Press, 1999, p. 357–420.

LAPLANTINE, Francois. **Aprender antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2000.

LE BRETON, David. **Antropologia da Dor**. Tradução Iraci D. Poleti. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2013.

LEMOS, Natália Romana Ferreira; CAETANO, Edilaine Assunção; MARQUES, Soraia Matilde; MOREIRA, Denis da Silva. **Manejo de dor no recém-nascido: revisão de literatura**. Rev enferm UFPE on line. 2010, mai./jun.;4(esp):972-79. Disponível em [file:///C:/Users/Wagner/Documents/Downloads/722-11638-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Wagner/Documents/Downloads/722-11638-1-PB%20(2).pdf) Acesso em: 01/08/2016.

LIMA, Mônica Angelim Gomes de; TRAD, Leny A. Bomfim. **A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica**. Cad. Saúde Pública, 2007 nov; 23(11):2672-2680.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda Furtado de; FIRMO; Josélia Oliveira Araújo; UCHÔA, Elizabeth. **Cohort Profile: The Bambuí (Brazil) Cohort Study of Ageing**. Int J Epidemiol. 2011; 40:862-867.

MARTINS, Paulo Henrique. **Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender cuidado como mediação**. In Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde / Roseni Pinheiro, Paulo Henrique Martins, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. P. 39-50.

McCAFFERY, Margo. **Nursing theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions**. Los Angeles: University of California Los Angeles Students' Store; 1968.

MELDRUM, Marcia L. **A capsule history of pain management**. JAMA. 2003; 290(18):2470-2475.

MELZACK, Ronald. **Pain: past, present and future**. Can J Exp Psychol. 1993, dec; 47(4):615-29.

MELZACK, Ronald; CASEY, Kenneth Lyman. **Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model**. In: KENSHALO, Dan R. (ed.) The Skin Senses. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher, 1968, p. 423– 439.

MENEZES, Magali Mendes de. **A Linguagem do Dizer em um Corpo que se apresenta como Ético**. VERITAS Porto Alegre. 2007 jun; 52(2): 67-77.

MERSKEY, Harold. **The definition of pain**. Eur Psychiatry. 1991; 6:153-159.

MICELI, Ana Valéria Paranhos. **Dor crônica e subjetividade em oncologia**. Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, 48(3):363-373.

MINATTI, Sueli Pinto. **O psicanalista no tratamento da dor**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2012; 15(4):825-837.

MITROVITCH, Caroline. **Experiência e formação em Walter Benjamin**. São Paulo: Editora Unesp, 2011. p.117 e 168.

MOAYEDI, Massieh; DAVIS, Karen D. **Theories of pain: from specificity to gate control**. J Neurophysiol. 2013; 109: 5–12.

MOREIRA, Jaqueline Oliveira. **Luto e melancolia: uma leitura sobre o problema da alteridade.** Pulsional Revista de Psicanálise. 2004; ano XVII, 179:33-42.

MORRIS, David B. **The Culture of Pain.** Berkeley: University of California Press, 1991.

_____. **Illness and Culture in the Postmodern Age.** Berkeley: University of California Press, 1998.

NASIO, Juan-David. **A Dor Física, uma teoria psicanalítica da dor corporal.** Tradução André Telles e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2008.

PASERO, Chris; McCAFFERY, Margo. **The Patient's Report of Pain, Believing vs. accepting. There's a big difference.** AJN. 2001, december; 101(12):73-74.

PEACOCK, Sue; PATEL, Shilpa. **Cultural Influences on Pain.** Rev Pain. 2008 Mar; 1(2): 6–9.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. **Conceitos culturais e a experiência dolorosa.** Rev.Esc.Enf.USP, 1998, ago; 32(2):179-86.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; PORTNOI, Andréa Golfarb. **Dor e Cultura.** In: Maria Margarida M. J. De Carvalho (org). Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999, p. 159-73.

Prefeitura Municipal de Bambuí. **Dados da História da Cidade.** Disponível em: <http://www.bambui.mg.gov.br/> . Acesso em: 04 abril de 2016.

RIOS, Dênis Fernando Fraga; PINTO, Neide Maria de Almeida; LORETO, Maria das Dores Saraiva de; FIÚZA, Ana Louise Carvalho. **O programa bolsa-família em um contexto de cidades rurais: o caso de Bambuí, MG.** Oikos Viçosa, MG. 2011; Viçosa, 22(2): 150-170.

SANTOS, Maria Izabel Penha Oliveira; GRIEP, Rosane Harter. **Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA).** Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(3):753-61.

SANTOS, Wagner Jorge dos; GIACOMIN, Karla Cristina; PEREIRA, Josiane K, FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. **Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas.** Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(8):2319-2328.

SANTOS, Wagner Jorge dos; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. **Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil.** Ciênc. Saúde Colet. 2014; 19(8):3441-3450.

SARTI, Cynthia A. **A dor, o indivíduo e a cultura.** Saúde Soc. 2001; 10(1):3-13.

SCARRY, Elaine. **The body in pain: The Making and Unmaking of the World**. Oxford: Oxford University Press, 1985.

SCHOLZE, Alessandro da Silva; DUARTE JÚNIOR, Carlos Francisco; FLORES E SILVA, Yolanda. **Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?** Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2009, out./dez.; 13(31):303-14.

SILVA, Esther Almeida da; CORRÊA NETO, Josué Lopes; FIGUEIREDO, Maria Cecília; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. **Práticas e Condutas que Aliviam a Dor e o Sofrimento em Crianças Hospitalizadas**. Com. Ciências Saúde. 2007; 18(2):157-166.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. **Dor: o quinto sinal vital**. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(3): 446-7.

SUSSEX, Roland. **The language of pain in applied linguistics: Review article of Chryssoula Lascaratou's The language of pain (Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins, 2007)**. Australian Review of Applied Linguistics. 2009, abril; 32(1): 6.1-6.14.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: Definições e seus Objetos de Pesquisa**. Rev Saúde Pública. 2005; 39(3): 507-514.

UCHÔA, Elizabeth. **Epidemiologia e Antropologia. Contribuições a uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão**. In: CANESQUI, Ana Maria (org.). Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997, p. 87-112.

_____. Elizabeth. **Contribuições da Antropologia para uma Abordagem das Questões Relativas à Saúde do Idoso**. Cad. Saúde Pública, 2003 mai-jun; 19(3):849-853.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. **Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença**. Cad. Saúde Pública. 1994; 10(4):497-504.

UCHÔA, Elizabeth, FIRMO, Josélia O. A., LIMA-COSTA, Maria Fernanda, CORIN, Ellen. **An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil**. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(Suppl. 3):s370-s377.

UNRUH, Anita M. **Spirituality, Religion, and Pain**. CJNR 2007; 39(2): 66–86.

VALLE, Bortolo. **A Filosofia da Psicologia em Ludwig Wittgenstein: sobre o "Plano de Tratamento dos Conceitos Psicológicos"**. Revista AdVerbum. 2007 jan a jun; 2(1):102-111.

VIESENTEINER, Jorge Luiz. **O conceito de vivência (Erlebnis) em Nietzsche: gênese, significado e recepção**. Kriterion, Belo Horizonte. 2013, jun.; 54(127):141-155.

WEISSMAN, David E.; GORDON, Deb; BIDAR-SIELAFF, Shiva. **Cultural Aspects of Pain Management**. Journal of Palliative Medicine. 2004; 7(5):715-717.

WITTGENSTEIN, Ludwig. **Investigações Filosóficas**. Tradução José Carlos Bruni. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1999.

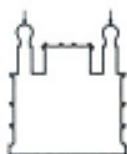
WU, Roberto. **A experiência como recuperação do sentido da tradição em Benjamim e Gadamer**. Anos 90. 2004; 11(19/20):169-198.

ZANELLA, Andréa Vieira. **Sujeito e alteridade: reflexões a partir da psicologia histórico-cultural**. Psicol. Soc. 2005, 17(2): 99-104.

ZBOROWSKI, Mark. **People in Pain**. San Francisco: Jossey-Bass, 1969.

ANEXOS

Anexo I - Carta de Aprovação N.º 02/2010 - CEP / CPqRR



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética



CARTA DE APROVAÇÃO Nº 02/2010 – CEP / CPqRR

Protocolo CEP - CPqRR n.º: 29/2009

Projeto de Pesquisa: "ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA DA DINÂMICA DA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS." Grupo III.

Pesquisador Responsável: Josélia Oliveira Araújo Firmo

Instituição: Centro de Pesquisa René Rachou

CAAE: 0028.0.245.000-09

Ao se proceder à análise o protocolo em questão, constatou-se que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução CNS 196/96, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Centro de Pesquisa René Rachou / FIOCRUZ, de acordo com as atribuições da Resolução 196/96 CNS / CONEP, manifesta-se pela homologação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: PROJETO APROVADO.

Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios:

- Parcial 01: Março 2011;
- Parcial 02: Março 2012;
- Final: Março 2013.

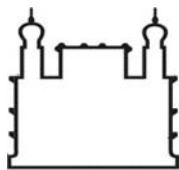
Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Belo Horizonte, 02 de fevereiro de 2009.




João Carlos Pinto Dias
Coordenador do CEP/SH-CPqRR

Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA DA DINÂMICA DA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS. Você foi selecionado para participar da pesquisa e o critério usado foi sua capacidade de responder às perguntas. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Equipe do Programa de Saúde da Família e nem com o Centro de Pesquisa René Rachou.

Os objetivos deste estudo são investigar a sua autoavaliação de saúde, o que significa incapacidade para você; e, para você, o que pode auxiliar o idoso a enfrentar essa dificuldade.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: responder às perguntas que sob seu consentimento serão gravadas. Após as gravações, as fitas e/ou os arquivos ficarão em armário próprio em Belo Horizonte ou em um computador pessoal com acesso restrito. Ao final do estudo, as fitas serão destruídas.

Essa pesquisa não implicará em riscos relacionados à sua participação. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação (você será reconhecido não pelo nome e sim pelo número da visita, exemplo: caso você seja a terceira pessoa a ser entrevistada, antes das gravações será dito "Entrevista da participante 3" cadastrado no PSF X). Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do CEP – CPqRR, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisado

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Anexo III - Dados Demográficos e Codificação dos Idosos Entrevistados

Quadro 1 – Dados demográficos e codificação entrevistados 1 a 15

Dados Demográficos e Códigos dos Entrevistados Assistidos pela Estratégia Saúde da Família - Cidade de Bambuí					
Nº	Código	Gênero	ESF	Idade	Estado Civil
1	M1	Feminino	1	89 anos	Viúva
2	M2	Feminino	1	63 anos	Casada
3	H3	Masculino	1	75 anos	Casado
4	M4	Feminino	1	81 anos	Viúva
5	M5	Feminino	1	77 anos	Viúva
6	H6	Masculino	1	62 anos	Casado
7	H7	Masculino	3	84 anos	Casado
8	M8	Feminino	3	83 anos	Viúva
9	H9	Masculino	2	74 anos	Casado
10	M10	Feminino	2	72 anos	Casada
11	H11	Masculino	3	69 anos	Casado
12	H12	Masculino	3	70 anos	Solteiro
13	M13	Feminino	3	66 anos	Viúva
14	M14	Feminino	3	88 anos	Viúva
15	H15	Masculino	2	79 anos	Casado

Quadro 2 – Dados demográficos e codificação entrevistados 16 a 30

Dados Demográficos e Códigos dos Entrevistados Assistidos pela Estratégia Saúde da Família - Cidade de Bambuí					
Nº	Código	Gênero	ESF	Idade	Estado Civil
16	M16	Feminino	2	96 anos	Viúva
17	M17	Feminino	2	61 anos	Casada
18	H18	Masculino	2	65 anos	Casado
19	M19	Feminino	4	83 anos	Viúva
20	H20	Masculino	4	69 anos	Solteiro
21	H21	Masculino	4	87 anos	Viúvo
22	M22	Feminino	4	77 anos	Solteira
23	H23	Masculino	5	82 anos	Casado
24	M24	Feminino	1	86 anos	Viúva
25	H25	Masculino	5	74 anos	Casado
26	H26	Masculino	1	85 anos	Viúvo
27	M27	Feminino	5	80 anos	Solteira
28	M28	Feminino	1	76 anos	Viúva
29	H29	Masculino	5	65 anos	Casado
30	H30	Masculino	5	76 anos	Solteiro

Quadro 3 – Dados demográficos e codificação entrevistados 31 a 45

Dados Demográficos e Códigos dos Entrevistados Assistidos pela Estratégia Saúde da Família - Cidade de Bambuí					
Nº	Código	Gênero	ESF	Idade	Estado Civil
31	M31	Feminino	1	77 anos	Viúva
32	M32	Feminino	5	73 anos	Casada
33	M33	Feminino	6	74 anos	Viúva
34	M34	Feminino	6	81 anos	Viúva
35	M35	Feminino	5	93 anos	Viúva
36	H36	Masculino	1	61 anos	Casado
37	M37	Feminino	5	68 anos	Casada
38	M38	Feminino	6	69 anos	Solteira
39	M39	Feminino	6	76 anos	Viúva
40	H40	Masculino	5	71 anos	Casado
41	H41	Masculino	4	79 anos	Viúvo
42	M42	Feminino	3	82 anos	Casada
43	H43	Masculino	3	62 anos	União Estável
44	M44	Feminino	6	69 anos	Separada
45	H45	Masculino	4	90 anos	Viúvo

Quadro 4 – Dados demográficos e codificação entrevistados 46 a 57

Dados Demográficos e Códigos dos Entrevistados Assistidos pela Estratégia Saúde da Família - Cidade de Bambuí					
Nº	Código	Gênero	ESF	Idade	Estado Civil
46	H46	Masculino	3	90 anos	Viúvo
47	H47	Masculino	4	69 anos	Casado
48	M48	Feminino	4	77 anos	Viúva
49	H49	Masculino	2	77 anos	Casado
50	H50	Masculino	2	96 anos	Casado
51	M51	Feminino	4	70 anos	Viúva
52	H52	Masculino	6	88 anos	Viúvo
53	M53	Feminino	4	82 anos	Viúva
54	M55	Feminino	2	86 anos	Casada
55	H56	Masculino	6	68 anos	Casado
56	H57	Masculino	6	62 anos	Casado
57	M58	Feminino	4	88 anos	Viúva