



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Uchôa Penido Fonseca, Maria das Graças; Oliveira Araújo Firmo, Josélia; Loyola Filho,
Antônio Ignácio; Uchôa, Elizabeth

Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso

Revista de Saúde Pública, vol. 44, núm. 1, febrero, 2010, pp. 159-165

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240183017>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Maria das Graças Uchôa Penido Fonseca^I

Josélia Oliveira Araújo Firmo^{II}

Antônio Ignácio Loyola Filho^{II}

Elizabeth Uchôa^{II,III}

Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso

Role of autonomy in self-assessment of health by the elderly

RESUMO

OBJETIVO: Compreender os significados atribuídos à auto-avaliação da saúde do idoso.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo qualitativo, realizado com 17 idosos (≥ 70 anos) de ambos os sexos residentes em Bambuí, MG, em 2008. Foi utilizada abordagem antropológica baseada no modelo de signos, significados e ações que relaciona ações individuais, códigos culturais e contexto macrossocial. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas centradas na auto-avaliação da saúde, descrição de saúde “boa” e saúde “ruim” e nos critérios utilizados pelos idosos na auto-avaliação da saúde.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: A idéia organizadora dos relatos vincula a autoavaliação da saúde do idoso às lógicas “participar da vida” e “ancoragem à vida”. A primeira tem a autonomia como fio condutor, englobando as seguintes categorias: permanecer ativo dentro das capacidades funcionais instrumentais avançadas, ser dono da própria vida (como oposição a ser dependente), ser capaz de resolver problemas e poder agir como desejar. A segunda lógica unifica as seguintes categorias: capacidade de interação, estar engajado em relações significativas e poder contar com familiares, amigos ou vizinhos.

CONCLUSÕES: A saúde é entendida pelos idosos como ter autonomia no exercício de competências funcionais demandadas pela sociedade, tais como capacidade de responder às obrigações familiares e capacidade de desempenhar papéis sociais. Ao definir sua saúde como boa ou razoável, o idoso não se caracteriza como pessoa livre de doenças, mas como sujeito capaz de agir sobre o ambiente.

DESCRITORES: Saúde do Idoso. Auto-Avaliação (Saúde). Autonomia Pessoal. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

^I Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Fiocruz/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Departamento de Psiquiatria. Faculdade de Medicina. UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Elizabeth Uchôa
Av. Augusto de Lima, 1715, sala 602
Barro Preto
30190-002 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: uchoae@cpqr.fiocruz.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the meanings attributed to self-assessment of health by the elderly.

METHODS: Qualitative study performed with 17 elderly individuals (≥ 70 years of age) of both sexes, living in the city of Bambuí, Southeastern Brazil, in 2008. An anthropological approach based on the model of signs, meanings and actions, which associates individual actions, cultural codes and the macro-social context, was used. Semi-structured interviews were conducted, focusing on self-assessment of health, description of health as “good” and “poor” and the criteria used by the elderly to rate their own health.

ANALYSIS OF RESULTS: The idea organizing reports associates self-assessment of health by the elderly with the “participating in life” and “being anchored in life” logics. The first logic has autonomy as its basic line of thinking, including the following categories: remaining active within advanced instrumental and functional abilities, being in charge of one’s life (as opposed to being dependent on others), being able to solve problems and acting at will. The second logic unites the following categories: being able to interact, being engaged in meaningful relationships and being able to rely on family members, friends and neighbors.

CONCLUSIONS: Health is understood by the elderly as having autonomy in the exercise of functional abilities required by society, such as the ability to meet family obligations and the ability to perform social roles. By defining their health as good or fair, the elderly individual is not characterized as someone free from diseases, but rather able to act over the environment.

DESCRIPTORS: Health of the Elderly. Self Assessment (Health). Personal Autonomy. Health Knowledge, Attitudes, Practice.

INTRODUÇÃO

Desde os anos 1950, a pesquisa epidemiológica tem focalizado os determinantes e as consequências da auto-avaliação de saúde em idosos, reconhecendo-a como um indicador de qualidade de vida, da morbidade e do declínio físico, além de considerá-la como um robusto preditor da mortalidade.¹⁴

No entanto, devido à natureza subjetiva da auto-avaliação da saúde, os estudos epidemiológicos não esclarecem quais elementos fazem parte desta avaliação, quais critérios são utilizados na sua construção e quais dimensões da saúde o idoso considera quando avalia sua própria saúde. Outro ponto é a discordância de resultados entre as auto-avaliações de saúde e dados objetivos de saúde, relatada por estudos epidemiológicos sobre envelhecimento nas últimas décadas. Alguns autores justificam que em idades avançadas, a auto-avaliação de saúde resulta mais de processos interpretativos ativos.^{14,15}

Ao avaliar sua saúde, o idoso muitas vezes confunde e sobrepõe envelhecimento, saúde e doença. Esta avaliação irá variar segundo o significado atribuído e

a lógica do momento sócio histórico, a qual incorpora uma variedade de componentes físicos, culturais e afetivos. Nesse processo, são confundidos fatores médicos e não-médicos a partir de seu processo biopsíquico, de suas condições sociais e de sua interação com o seu grupo. Alves¹ sugere que, ao atribuir uma qualidade à sua saúde e à sua doença, o idoso se refira a uma realidade com bases em processos significativos intersubjetivamente compartilhados. Com base na afirmação de Ayres² de que é a alteridade vivida que nos define como indivíduos, pressupomos que a (re) construção social do idoso como sujeito perpassasse por esta racionalidade.

No que tange às práticas de saúde, esta problematização pode ser vista sob dois aspectos. Um é pragmático e diz respeito à existência de certa coerência entre a escolha de critérios de avaliação da própria saúde pelos idosos e a organização das ações relativas à sua saúde. O outro se refere ao caráter relacional da atribuição de significados à saúde e à doença, gerando critérios compartilhados de avaliação.¹

Estas evidências pressupõem uma análise cuja lógica está na apreensão dos significados subjacentes às estratégias compartilhadas. Isto significa ter a cultura como o quadro de referência, a qual modela e dá significado à realidade. Segundo Geertz,¹¹ a cultura é em si “um universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações”.

O presente estudo teve por objetivo compreender os significados atribuídos à auto-avaliação de saúde do idoso.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo faz parte do Projeto Bambuí, desenvolvido na cidade de Bambuí, MG, com população de aproximadamente 23 mil habitantes.⁸

Participaram do estudo 17 idosos (≥ 70 anos) de ambos os sexos (nove mulheres e nove homens), de nível sócio-econômico variado. Os critérios de inclusão dos participantes foram: concordar em participar da pesquisa e ser capaz de dar informações claras. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação.²⁰

Os dados foram coletados nas residências dos idosos mediante entrevistas semi-estruturadas (com duração média de 40 min.). Os principais aspectos subjetivos relativos à saúde que compunham o roteiro foram: auto-avaliação da saúde, descrição de saúde “boa” e saúde “ruim” e critérios utilizados pelos idosos em sua auto-avaliação da saúde.

A análise dos dados foi sustentada pelo postulado semiológico de não-equivalência entre signo e realidade. Para desvendar esta questão, foi utilizado o modelo de análise dos signos, significados e ações,⁶ baseado em uma teoria de significação que visa uma articulação entre ações individuais, códigos culturais, contexto macrossocial e determinação histórica.⁷ A análise parte do nível pragmático para esclarecer o nível semântico, promovendo um diálogo entre a particularidade dos comportamentos em relação à saúde e a generalidade do modelo biomédico, buscando as lógicas culturais subjacentes.²¹

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

A maioria dos entrevistados definiu sua saúde como boa ou razoável, embora a maior parte apresentasse condições crônicas de saúde que variavam em grau e intensidade. Embora algumas vezes a saúde relatada pelos entrevistados se aproximasse do modelo biomédico, as lógicas “participar da vida” e “ancoragem à vida” presentes nas entrevistas foram as principais categorias analíticas construídas a partir das entrevistas.

Doze idosos condicionaram o significado da saúde e da doença a “participar da vida”, especificamente à capacidade de exercer uma atividade instrumental avançada, ou seja, capacidade de trabalhar ou executar atividades de lazer. Um entrevistado, padecendo de enfisema pulmonar, relatou que sua incapacidade para o trabalho era o elemento crucial na sua auto-avaliação de saúde como muito ruim.

“... (saúde) era ruim, toda vida, toda vida é assim, mas era mais ‘manera’. (...) Ainda trabalhava (...). Vivia”. (EH6)

Outra entrevistada ultrapassou a dicotomia saúde/trabalho, associando saúde à possibilidade de participar da vida num sentido mais amplo:

“Saúde ruim é uma pessoa que esteja acamada, uma pessoa impossibilitada de agir, de trabalhar, de alimentar e tudo o mais. (...). Mas, as outras coisas a gente vai convivendo com elas...” (EM3)

A avaliação de saúde foi relacionada à lógica “ser independente/ser dependente”, compreendida como capacidade de sobrevivência e de controle sobre as condições estruturantes do contexto. Uma entrevistada que relatou múltiplos episódios de doenças afirmou que os mesmos não interferiam em sua saúde, pois ainda sentia-se dona de sua própria vida:

“Não, não é tanto que prejudica a minha saúde. Como eu tô te falando, eu dou conta ainda de sobreviver sozinha.” (EM3)

“Resolver problemas” foi outro tema presente nos relatos. Ao avaliar sua saúde como boa, um entrevistado explicitou que isso se relacionava ao fato de exercer domínio sobre os objetos e controle sobre o seu corpo e mente, consistindo em fonte de um sentimento de realização, de competência e de atualização com o seu tempo.

“Oh, na minha saúde, eu tô com 77 anos, eu considero uma saúde boa, boa. Eu trabalho até hoje. Levanto cedo, 6 horas, 6 e meia eu tô levantando, faço meu café, vou pro meu trabalho. Eu sou aposentado, já há 17 anos e tem uma oficina ali no fundo da horta, sou mecânico. Coisa que eu acho bom é quando eu erro (...) depois eu descubro outra maneira, eu desmancho aquilo e faço de novo. Eu acho bom quando eu erro e aí eu procuro corrigir meus defeitos e consigo.” (EH2)

A avaliação de saúde foi também relacionada à capacidade de identificação e avaliação de problemas e controle do próprio da própria vida.

“Olha, a minha saúde, pela minha idade, eu não posso reclamar porque eu já estou com 79 anos e ainda ando, tenho cabeça boa. Olhando pra esse lado, eu até dou louvores a Deus (...). Mas, ultimamente tem a aparecido umas coisas que não foram do meu agrado, mas

infelizmente a gente tem que aceitar devido à idade. (...) Mas eu, assim, já me acostumei tanto que a minha vida foi assim. Eu já fiz diversas cirurgias e venho lutando contra as doenças.” (EM3)

Uma entrevistada, cujo marido está acamado há vários anos e tem filhos adultos que dela dependem, equilibrou a avaliação negativa de sua saúde com sentimentos de competência na resolução dos problemas, expondo uma vinculação entre tal avaliação e sua capacidade de execução do papel socialmente esperado. O discurso biomédico, que era base da definição de sua saúde como precária, foi reinterpretado à luz destes sentimentos.

“Falar que eu tô boa, eu num tô não. Porque eu já fiz cirurgia da vesícula, eu só chagada, eu fiz cirurgia do intestino esse ano três vez. A última tirou um pedaço dele (...). É uma luta dura que eu tenho porque ele naquela cama ali, minha filha trabalha e eu tenho que dá conta de tudo pra trabalhar e cuidar de tudo dentro da casa (...). Eu tenho os dois filhos que moram comigo, que as mulher deles largou, que eu tenho que ter responsabilidade por eles, pra ajudar com tudo, porque um é doente, não é aposentado (...) eu tenho que ter responsabilidade do meu dinheirinho (...) Eu tenho uma ali que ficou sem o esposo, é mãe daquele menino que passou aqui. Ela bebe muito, anda sempre doente diária, ela passa muita dificuldade. (...) Porque saúde eu num tenho também não.” (EM5)

Outra lógica na associação com a saúde auto-referida se confronta com a anterior no que se refere à capacidade de execução do papel social esperado pelo entorno: “perceber desconfiança do outro com relação à capacidade de desempenho dos papéis esperados”. Uma idosa relatou uma percepção negativa de outra pessoa a seu respeito e reagiu reafirmando sua integridade e sua capacidade de gerir a própria vida.

“Então, ele (médico) me chamou a atenção. Falou: ‘Mas a senhora precisava de ter uma consideraçãozinha com sua filha e ta, e contar pra ela, conversar com ela sobre sua saúde, seus remédios!’ Eu tenho a impressão que ele tá achando que eu tô começando a caducar. Mas eu não estou! (risos).” (EM8)

Ao confrontar presente e passado, uma entrevistada avaliou sua saúde a partir de um sentimento de “estranhamento” físico e afetivo a respeito de si própria, aliado a outro de descontinuidade física e afetiva:

“Eu já estou sentindo que estou enfraquecendo, sabe? Eu estou com 78 anos, então já tá dando pra fazer diferença de memória, de cansaço pro serviço, desanimada pra sair. Porque eu era animada, sabe?” (EM8)

Alguns entrevistados condicionaram sua avaliação de saúde a estranhamento físico e afetivo especificamente após um episódio de doença. Uma idosa expressou sua insegurança após uma isquemia:

“Eu tive uma isquemia. Foi depois disso que minha cabeça ficou, eu fiquei com medo, sabe? Não tenho muita saúde, não sinto segura pra andar sozinha mais não. Aí eu saio segurando no braço, nem com uma bengala eu não ando.” (EM6)

A associação entre ter saúde e capacidade de interação com outros, estar engajados em relações significativas e poder contar com familiares, amigos ou vizinhos, foi categorizada sob a lógica “ancoragem à vida”, conforme ilustrado no relato de uma entrevistada:

“Olha, primeira coisa. Eu tenho um apoio muito grande dos meus filhos. Eles três mora lá em BH [Belo Horizonte] e uma mora aqui. E ele (companheiro) também me apóia muito. Acho que a saúde da gente é a gente ter um pouco de alegria. Um pouco de fortaleza. Conversar com um, conversar com outro. Brincar, né? A vizinha ali, ela pula para cá. Nós até pusemos uma escadinha lá.” (EM1)

Surge também, incorporada à idéia de “ancoragem” como o reverso da moeda, a contraposição das contingências familiares do idoso em detrimento de suas necessidades como indivíduo. Um entrevistado, que deveria se ausentar da cidade para exames de próstata, revelou seu dilema entre a necessidade de ficar e atender a seu filho inválido e a liberdade de exercer o cuidado da própria saúde:

“Tô com quase 84 anos agora. Aí, mas o meu problema... num é a saúde, é isso aqui. (...) Até eu num tava querendo ir não, sabe? Mas eu vou ter que dá um jeito de ir: (...) Mas como é que eu vou deixar esse menino? O remédio dele é controlado. A gente tem que vigiar ele.” (EH5)

Outra lógica pertencente à categoria “ancoragem à vida” significando sua antítese na associação com a saúde foi “saúde ruim ligada à amolação, contrariedade”, definida aqui como algo que ultrapassa a capacidade de resolução do idoso. A associação entre saúde e “amolação” é ilustrada no relato de um entrevistado que revelou seu medo de adoecer seriamente devido a contrariedades:

“Qualquer coisa que fazem comigo, assim que eu começo a sentir, meu corpo treme e amolece, sabe? Que eu tenho medo dum derrame, né? Tô com quase 84 ano.” (EH5)

Referindo-se a um filho que lhe traz muita contrariedade, este entrevistado esclarece esta associação:

“Mas é essas coisa que tá fazendo a gente adoecer. É amolação, contrariedade! Amolação e contrariedade é uma só.” (EH5)

DISCUSSÃO

As lógicas sobre os significados de saúde e doença gerados pelos idosos referem-se não a analogias ou

igualdades, mas a afinidades e similitudes de idéias. As idéias agrupadas em torno das categorias analíticas “participar da vida” e “ancoragem à vida” sobressaem como as mais utilizadas pelos idosos para avaliar sua saúde. Estas idéias privilegiam a questão de que, em idade avançada, homens e mulheres pautam suas avaliações de saúde por atributos psicossociais e modos de vida.

Fica claro que as idéias dos idosos sobre saúde se originam de uma articulação de processos comunicativos, apontando para o caráter relacional da saúde. Tais idéias revelam-se orientadas por códigos culturalmente construídos e se submetem a padrões de julgamento definidos pelo contexto social. O caráter relacional da saúde foi também descrito por outros autores.^{9,13,16} A visão compartilhada de saúde expressa pelos idosos entrevistados é, a princípio, positiva e toma a forma de descrições de indivíduos capazes de exercer controle sobre as condições estruturantes do contexto e confiantes nas suas relações com os outros significantes. No entanto, os relatos revelam que esta auto-avaliação positiva de saúde encobre certo esforço do idoso no sentido de permanecer ativo, preservar sua identidade intersubjetiva e seu papel no grupo (como no caso da entrevistada que define sua saúde como boa, insiste em gerir sua própria vida, mas, ao mesmo, percebe certo estranhamento de outra pessoa em relação a suas capacidades). A idéia mais presente nas entrevistas vincula a compreensão da saúde a permanecer ativo dentro das capacidades físicas e de mobilidade e executar os próprios desígnios. Essa lógica se apresenta em comunidade de idosos de áreas urbanas e rurais de outros países.¹³ Para fins de análise, ela foi trabalhada sob o termo “participar da vida”, usado por Borglin et al³ para significar que a participação ativa na vida diária traz aos idosos sentimentos de serem necessários e de estarem em compasso com o seu tempo.

As idéias reunidas em torno deste tema relacionam-se à capacidade do idoso de realizar atividades funcionais instrumentais avançadas, ser dono da própria vida (como oposição a ser dependente), ser capaz de resolver problemas e ter um sentimento de poder agir como desejar. Essas lógicas assemelham-se à definição de autonomia utilizada pela literatura gerontológica que consiste na habilidade de fazer julgamentos e de agir. Dentre elas, a capacidade funcional revela-se como uma das unidades mais significativas para a compreensão da saúde. O termo capacidade funcional é definido por Caldas⁴ como a capacidade de um indivíduo realizar atividades que lhe são requeridas por seu entorno imediato e se adaptar aos problemas cotidianos. Segundo Caldas,⁴ estas atividades se dividem em três eixos: atividades básicas da vida diária (tarefas próprias do auto-cuidado), atividades instrumentais da vida diária, significando indicativas para levar uma vida independente na comunidade (realizar tarefas domésticas, compras, administrar as

próprias medicações, manusear dinheiro) e atividades avançadas da vida diária (trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercícios físicos). Pitaud¹⁷ relaciona a realização destas atividades à independência. No presente trabalho, as atividades instrumentais e as atividades avançadas foram as mais valorizadas pelo idoso em sua auto-avaliação de saúde.

As idéias que emergem relativas à associação entre saúde e capacidade de realizar atividades funcionais instrumentais avançadas e ser capaz de resolver problemas ligam-se indissoluvelmente à idéia “ser dono da própria vida como oposto a ser dependente”. Segundo Caldas,⁴ o termo dependência está vinculado a fragilidade, definida por Hazzard et al¹² como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente, reduzindo sua capacidade de adaptação ao mesmo. Por oposição, a lógica emergente “ser dono da própria vida” em associação com a saúde auto-referida implica na adequação do corpo às demandas do entorno. Nossos achados assemelham-se aos de outros estudos.^{13,18} Para Hinck,¹³ a saúde é definida em termos de habilidade funcional e, para Rosa et al¹⁸ a manutenção desta habilidade pode estar relacionada à capacidade de o idoso se manter independente e integrado à comunidade. Dessa forma, “ser dono da própria vida” como oposto a ser dependente, resolver problemas e ser capaz de executar o papel social esperado pelo seu entorno, são lógicas construídas pelos idosos com base em um corpo e uma mente que atendem às suas expectativas e, como tal, guiam sua compreensão da própria saúde.

No entanto, paralelamente a avaliações da saúde segundo o critério biomédico, ocorrem reinterpretações dessas segundo critérios compartilhados pelo grupo relativos a capacidades e competências nas respostas às expectativas do entorno. Muitas vezes em situação de saúde precária, capacidades físicas e mentais são submetidas a julgamentos culturalmente construídos, constituindo-se no parâmetro de avaliação da saúde. Tais capacidades e competências apresentam-se como signos de potência na fragilidade, constituindo-se ao mesmo tempo como fonte de sofrimento e de realização para o idoso, na medida em que demarcam o seu papel no entorno e confirmam sua identidade intersubjetiva.

À categoria “participar da vida” e às suas subcategorias liga-se outra categoria, “ancoragem à vida”. Este termo é definido por Borglin et al³ como a elaboração de estratégias pelo idoso que lhe permitem conviver com as mudanças trazidas pela idade. Reconhecemos a categoria analítica “estar engajado em relações significativas” como uma dessas estratégias, como signo de saúde e como um dos múltiplos registros de construção social para os sujeitos envelhecidos. Em estudo sobre envelhecimento de Caldas & Bertero,⁵ estar engajado em relações significativas é um tema recorrente entre os idosos da cidade do Rio de Janeiro.

No presente trabalho, as lógicas “participar da vida” e “ancoragem à vida” se entrelaçam e se sobrepõem. Muitas vezes, idéias ligadas à necessidade de atender às condições estruturantes do contexto se revelam como o outro lado de “estar engajado em relações significativas”, sobrepondo-se a necessidades de auto-cuidado. Assim, o idoso enfrenta uma situação dialética entre viver o sentimento de competência na resolução de problemas e viver liberdade de ação em seu sentido amplo, conforme observado nas lógicas relativas à capacidade de execução de seu papel e “saúde ruim ligada à amolação”.

Outras lógicas se revelam ligadas a capacidades e competências na resposta às regulações do contexto: “estranhamento do idoso com relação às próprias capacidades físicas ou mentais” e “percepção de descontinuidade”. Essas categorias analíticas expressam o fato de que alterações na capacidade funcional dos idosos, na sua autonomia e a percepção de descontinuidade física e mental atuam sobre sua identidade como fator de limitação. O idoso oscila entre sentimentos de confiança e desconfiança com relação a suas capacidades, num movimento descontínuo de relatos de permanência de estado e decadência. A desconfiança na capacidade física que acompanha o envelhecimento foi relatada anteriormente por Erikson et al¹⁰ e Silver.¹⁹

As lógicas relativas a “estranhamento” e “descontinuidade” são freqüentemente concomitantes e podem ser descritas como “desconfiança do outro com relação ao desempenho dos papéis esperados” do idoso. Tal lógica

amplia a idéia de “estranhamento”, ultrapassando a noção de indivíduo para a noção de sujeito em congruência com o mundo externo. Neste sentido, ela foca e representa a saúde como capacidade de pertinência do idoso à comunidade. Fazer a sua parte, mesmo na presença de mudanças decorrentes do envelhecimento, significa para os sujeitos envelhecidos manter a integridade de sua identidade intersubjetiva.

Os significados sobre saúde produzidos pelos idosos podem ser elementos organizadores de uma construção social coletiva do idoso. Conexões de sentimentos de realização e de completude a sentimentos de limitação seriam elementos identificadores desta construção, implicando na necessidade de manutenção de um delicado equilíbrio. Sob esta ótica, as auto-definições de saúde dos idosos, bem como os comportamentos e estratégias adotados, tornam-se significativos e coerentes.

Em conclusão, um sujeito envelhecido, ao definir sua saúde como boa ou razoável, não se caracteriza como um indivíduo livre de doenças, mas como um ser intersubjetivo que reclama para si a liberdade de elaborar conhecimento sobre o significado de sua saúde. O vislumbre desta realidade nos leva a considerar esta fase da vida como não só de fragilidade e dependência, mas também de expressão de capacidades e competências. Tudo indica que os idosos reclamam seu lugar estratégico na sociedade, tanto como atores de seu percurso quanto como autores de conhecimento sobre sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad Saude Publica*. 1993;9(3):263-71. DOI:10.1590/S0102-311X1993000300014
2. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2001;6(1):63-72. DOI:10.1590/S1413-81232001000100005
3. Borglin G, Edberg A-K, Hallberg IR. The experience of quality of life among older people. *J Aging Stud*. 2005;19(2):201-20. DOI:10.1016/j.jaging.2004.04.001
4. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):773-81. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300009
5. Caldas CP, Bertero CM. Living as an oldest old in Rio de Janeiro: the lived experience told. *Nurs Sci Q*. 2007;20(4):376-82. DOI:10.1177/0894318407306542
6. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathol Afr*. 1992;24:183-204.
7. Corin E. The cultural frame: context and meaning in the construction of health. In: Amick III BC, Levine S, Tarlow AR, Walsh DC, editors. Society and health. New York: Oxford University Press; 1995. p. 272-304.
8. Costa MFFL, Uchôa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto SM. The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):126-35. DOI:10.1590/S0034-89102000000200005
9. Degnen C. Minding the gap: the construction of old age and oldness amongst peers. *J Aging Stud*. 2007;21(1):69-80. DOI:10.1016/j.jaging.2006.02.001
10. Erikson EH, Erikson JM, Kivnick Q. Vital involvement in old age: the experience of old age in our time. New York: W.W. Norton; 1986.
11. Geertz C. The interpretation of cultures. New York: Basic Books; 1973.
12. Hazzard WR, Breman EL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB. Principles of geriatric medicine and gerontology. 3. ed. New York: McGraw Hill; 1994.
13. Hinck S. The lived experience of oldest-old rural adults. *Qual Health Res*. 2004;14(6):779-91. DOI:10.1177/1049732304265774
14. Idler EL, Benyamin Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37. DOI:10.2307/2955359
15. Jylhä M. Self-rated health revisited: exploring survey interview episodes with elderly respondents. *Soc Sci Med*. 1994;39(7):983-90. DOI:10.1016/0277-9536(94)90209-7
16. McMullen CK, Luborsky MR. Self-rated health appraisal as cultural and identity process: African American elders' health and evaluative rationales. *Gerontologist*. 2006;46(4):431-8.
17. Pitaud P. La dependencia y su prise en charge (responsabilidad) em Francia. In: Moragas RM, organizador. El reto de la dependencia al envejecer. Barcelona: Heder; 1999. p.17-30.
18. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Publica*; 2003;37(1):40-8. DOI:10.1590/S0034-89102003000100008
19. Silver CB. Gender identities in old age: Toward (de) gendering? *J Aging Stud*. 2003;17(4):379-97. DOI:10.1016/S0890-4065(03)00059-8
20. Turato ER. Tratado da metodologia clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2.ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
21. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saude Publica*, 1994;10(4):497-504. DOI:10.1590/S0102-311X1994000400010