

Idosos e doenças crônico-degenerativas: por que eu, e por que agora?

*The elderly and chronic degenerative diseases: why me,
and why now?*

*Personas mayores y enfermedades degenerativas
crónicas: ¿por qué yo, y por qué ahora?*

Maria Elisa Gonzalez Manso
Leonardo Garcia Góes
Maria Helena Villas Bôas Concione

RESUMO: Com o avanço da modernidade, as profissões da saúde focam seus estudos em doenças isoladas, deixando, via de regra, a experiência do adoecido de lado. O objetivo deste estudo foi apreender como um grupo de idosos explica a causalidade das doenças crônicas que acometem tais idosos. Trata-se de um estudo qualitativo realizado com 54 participantes, usuários de planos de saúde, moradores das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. O grupo entrevistado aponta a interação de vários modelos de causalidade, o que leva a pensar em uma construção cultural comum, um modelo explanatório sobre a causalidade das doenças crônicas que os vêm afetando.

Palavras-chave: Idosos; Causalidade; Doença Crônica.

ABSTRACT: *With the advancement of modernity, health professions focus their studies on isolated diseases, leaving the experience of the diseased to the side. The aim of this study was to learn how a group of elderly people explain the causality of the chronic diseases that affect them. This is a qualitative study conducted with 54 elders, health insurance users, residents of the cities of São Paulo and Rio de Janeiro. The interviewed group points to the interaction of various causal models, which leads to the thought of a common cultural construction, an explanatory model about the causality of the chronic diseases that affect them.*

Keywords: *Elderly; Causality; Chronic Disease.*

RESUMEN: *Con el avance de la modernidad, las profesiones de la salud centran sus estudios en enfermedades aisladas, dejando de lado la experiencia de la persona enferma. El objetivo de este estudio fue aprender cómo un grupo de personas mayores explica la causalidad de las enfermedades crónicas que los afectan. Este es un estudio cualitativo, realizado con 54 ancianos, usuarios de seguros de salud, residentes de las ciudades de São Paulo y Río de Janeiro. El grupo entrevistado señala la interacción de varios modelos causales, lo que lleva a pensar en una construcción cultural común, un modelo explicativo sobre la causalidad de las enfermedades crónicas que los afectan.*

Palabras clave: *Personas Mayores; Causalidad; Enfermedades Crónicas.*

Introdução

A humanidade reconstrói os constructos saúde e doença de acordo com cada época histórica. O adoecer é dotado de um simbolismo importante, que se relaciona à concepção sobre a composição e o funcionamento do corpo humano e é concebido na prática, testado e aprimorado, acumulando-se na memória dos indivíduos, integrado a outros saberes criados e desenvolvidos por uma comunidade. Dessa forma, é parte da cultura, mas também, e ao mesmo tempo, um processo individual, em que cada pessoa ressignifica suas experiências e sensações do próprio modo.

Com o advento da modernidade, tanto a medicina, quanto as demais profissões da saúde, voltam-se para o saber científico, entendido como o estudo das doenças isoladas do indivíduo em si. A ciência médica passa a focar órgãos, células, sistemas, deixando de lado, via de regra, a experiência do adoecido. O saber que este tem sobre seu corpo é, via de regra,

menosprezado e desconsiderado, já que não é fundamentado na ciência. A prática médica torna-se um exercício de normalização e docilização, uma relação de poder (Foucault, 2001; Camargo Junior, 2013; Manso, 2015). Hoje em dia esta prática médica é considerada desumanizada, incapaz de apreender as necessidades das pessoas e de tratar sujeitos, além de impessoal e tecnologicamente dependente (Carvalho, Rodrigues, Costa, & Andrade, 2015).

Estudar e propor mudanças em como se dá esta relação entre os profissionais da saúde, as pessoas que os procuram e os diferentes sistemas de atendimento são, hoje, uma preocupação não só no Brasil, mas em vários países do mundo. Há vários olhares sobre este panorama aqui superficialmente exposto, sendo um destes o da Antropologia da Saúde, que estuda como os diversos grupos sociais explicam as etiologias dos problemas de saúde, quais os tratamentos que buscam, quem são seus curadores, quais são suas crenças e práticas no que tange à saúde e superação da doença, e as relações de poder existentes entre os enfermos, os curadores e as sociedades (Saillant, & Genest, 2012).

A metodologia científica da medicina baseia-se na universalização, ficção que afirma que a trajetória das enfermidades é sempre a mesma, ocorrendo apenas em corpos diferentes. Já a antropologia busca as individualidades, posto que duas pessoas que habitam o mesmo local, ao mesmo tempo, expostas ao mesmo contexto social, podem ser similares, mas nunca idênticas, já que o processo de adoecimento é social e culturalmente produzido, historicamente condicionado. A visão antropológica auxilia a repensar o modelo de saúde atual a partir de quem mais é afetado pela mencionada crise: o doente (Saillant, & Genest, 2012).

Em uma sociedade plural e complexa como a atual, há múltiplas possibilidades de busca de auxílio pelos adoecidos, sendo que tanto esta busca quanto o caminho percorrido pelo indivíduo que se sente doente apresenta raízes na cultura. Este itinerário pode ser mais amplo do que o modelo dos profissionais de saúde, por sua vez também gerado na cultura, porém restrito pela visão da biomedicina. Os significados de termos como saúde, cura, tratamento, incapacidade, dependência, entre outros, nem sempre são correspondentes em ambos os modelos. Caso a significação seja muito diferente ou distante, o tratamento, do ponto de vista biomédico, ficará prejudicado, mas o doente pode obter alívio para seu sofrimento (Diaz-Bernal, Aguilar-Guerra, & Linares-Martín, 2015).

Em uma sociedade plural, existe a convivência de diversos modelos que se ligam a doenças específicas e a que os indivíduos buscam, consoante o tipo de enfermidade, para explicá-la. Estudar a causalidade das doenças do ponto de vista do adoecido permite entender

o significado associado a questões do tipo “*por que eu?*”, e “*por que agora?*”, relacionando o adoecer à visão de mundo e à ordem social (Concone, 2003).

Neste artigo apresenta-se um grupo de idosos, todos com uma ou mais doença(s) crônico-degenerativa(s), grupo que será detalhado a seguir e o que explica a causalidade das enfermidades que os afligem.

Metodologia

O grupo de entrevistados

No Brasil, a grande maioria da população tem atendimento a seus problemas de saúde no sistema estatal de saúde, gratuito e universal; porém, a legislação permite que, mediante pagamento, pessoas possam adquirir os denominados convênios médicos ou planos de saúde. Estes últimos relacionam-se ou a situação laboral do indivíduo, sendo pagos pelo empregador, ou é dispêndio da própria pessoa ou grupo familiar. Dessa forma, atendem a pequena parcela da população brasileira e relacionam-se diretamente à renda (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar IESS, 2014; Manso, 2017). Para esta pesquisa, optou-se por entrevistar pessoas vinculadas a esses planos de saúde, tendo como pressuposto de que são pessoas pertencentes a um estrato socioeconômico médio a alto, com maior grau de escolaridade, camada social pouco estudada no país. Há várias pesquisas que demonstram o saber dos adoecidos e como estes explicam a causalidade das doenças que a eles acometem, mas são pesquisas realizadas com usuários do sistema público, teoricamente advindos de camadas mais populares. Daí a opção dos pesquisadores por procurar pessoas que dificilmente são ouvidas, a fim de entender como explicam a causalidade de suas doenças.

Os entrevistados são 54 indivíduos idosos, todos com idades acima de 65 anos, sem déficits cognitivos, em sua maioria ainda ativos no mercado de trabalho, todos portadores de doenças crônico-degenerativas diagnosticadas por médicos e atualmente em tratamento. Estas pessoas, residentes nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (Brasil), foram escolhidas aleatoriamente, através de sorteio, entre indivíduos vinculados a diferentes planos de saúde denominados individuais, ou seja, pagos pela própria pessoa.

Métodos

Optou-se por utilizar metodologia qualitativa, mediante entrevista aberta, a fim de apreender os significados que os indivíduos atribuem às suas experiências. Estas entrevistas, em média de 4 por entrevistado, foram realizadas durante os anos de 2012 a 2016, tanto nas residências quanto nos locais de trabalho dos participantes, dependendo da opção pessoal e disponibilidade. As conversas foram gravadas, transcritas e exaustivamente analisadas pelos pesquisadores.

A relevância deste estudo deriva, principalmente, das características do grupo estudado, destacando-se que não foram observadas pesquisas semelhantes realizadas com grupos como o escolhido para esta pesquisa. Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, tendo sido aprovada sua realização (Protocolo de número 219, de setembro de 2011).

Resultados e Discussão

Como citado, obtivemos a anuência de 54 informantes, sendo que destes, 40 (74%) residem na cidade de São Paulo, e 14 (26%) na cidade do Rio de Janeiro. O grupo é composto por 31 (57%) mulheres, e 23 (42%) homens; sendo que a idade do grupo variou de 65 a 92 anos, com média de 68 anos de idade.

Dos participantes, os homens idosos do grupo são predominantemente casados; já as idosas ou são viúvas ou solteiras. Conforme a religião professada, 31 indivíduos (57%) se declararam católicos; 5 (9%) referiram ser espíritas; 4 (7%) agnósticos; 4 (7%) neopentecostais; 3 (6%) ateus; 2 (4%) praticantes de umbanda; 2 (4%) protestantes; e 3 (6%) referiram vivenciar sua espiritualidade de forma holística, sem seguirem nenhuma religião específica, mas, sim, várias ao mesmo tempo, uma mescla de crenças budistas, espíritas, hindus e neoxamanísticas.

Sobre o grau de instrução, este é bem elevado neste grupo, sendo que 51% dos participantes, principalmente as mulheres, apresentam ensino superior completo, sendo que vários destes referem ter um ou até mais de um curso de pós-graduação. Quanto à ocupação, 26 (48%) dos idosos entrevistados ainda permanecem ativos no mercado de trabalho; e 28 (52%) encontram-se aposentados.

Relembrando, o critério de inclusão no grupo de pessoas idosas entrevistadas é o fato de estas pessoas conviverem com pelo menos uma doença crônica diagnosticada por médico, em tratamento. Das enfermidades que o grupo vivencia, a mais frequente é a hipertensão arterial que acomete 44 (81%) destes indivíduos. A seguir, destacam-se os cânceres e a obesidade, seguidos por diabetes, Doença Arterial Coronariana (DAC) e Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC), aqui no caso, o enfisema. Há ainda referência à osteoartrose, diverticulose, hérnia de disco, aneurisma de aorta, Doença de Chagas, acidente vasculo-encefálico (AVE) e úlcera gástrica. Há no grupo oito (19%) pessoas idosas com apenas uma doença crônica; e 46 (85%) com mais de uma enfermidade diagnosticada.

A interpretação etiológica das doenças, do ponto de vista antropológico atual, pode ser configurada como uma categoria processual, cuja experiência do sofrimento, tanto da pessoa enferma, quanto do seu grupo familiar e social, produz novas interpretações e modelos explanatórios (Kleinmam, 1980; Good, 1994).

A antropologia da saúde destaca que, por mais que as técnicas de diagnose e terapêutica da medicina hegemônica ocidental tenham avançado, elas não respondem totalmente às questões primordiais da origem da doença, configuradas no *por que eu?*, e no *por que agora?* Estas questões requerem uma explicação que transcenda o diagnóstico médico, relacionando as doenças à cosmovisão e à ordem social (Caroso, Rodrigues, & Almeida-Filho, 2004). Estudar a etiologia das doenças do ponto de vista de quem padece, permite verificar o significado do adoecer para quem sofre, além da visão médica tradicional, como já destacado.

Nenhum dos idosos entrevistados define uma causa única associada à doença que os afeta, compondo cada um deles uma narrativa que inclui vários fatores etiológicos ligados àquela condição. Como a maioria dos entrevistados é portador de mais de uma doença, algumas causas são citadas como sendo comuns a todas elas, enquanto outras se relacionam com apenas uma das enfermidades. Várias são interpretações religiosas, outras relacionadas a seu modo de vida, mas todas buscam inserir o adoecimento em uma trama de significados que explicam e individualizam o adoecer para estas pessoas, deslocando suas explicações de uma visão universal de normalidade proporcionada pela medicina.

Assim, quando inqueridos sobre as causas desencadeantes de suas doenças, todos os idosos entrevistados mencionam primeiramente o estresse, o qual aparece tanto como desencadeante da doença em si, quanto responsável pela piora dos sintomas, desencadeamento de crises de agudização da enfermidade ou aparecimento de recidivas, no caso dos participantes portadores de câncer.

O grupo utiliza as palavras estresse, e emocional, ou ainda a combinação estresse-emocional, como sinônimos e associadas a problemas familiares, financeiros e ligados ao trabalho. Estas palavras assumem uma série de significados que incluem frustração, pressão, sobrecarga, angústia, apreensão, preocupação, revolta, isolamento social, insatisfação consigo mesmo e com as relações familiares e conjugais. São associados a sofrimento mental, a um desequilíbrio, algo que perturba o organismo e provoca o adoecer.

As doenças que afetam familiares, a preocupação com a educação e com o futuro dos filhos ainda pequenos, a tristeza com a vida familiar percebida como problemática dos filhos mais velhos, são motivos de estresse, principalmente para as mulheres do grupo, e tidas como causadoras de hipertensão, diabetes, DAC, obesidade, enfisema, úlcera gástrica:

M — *“...e também eu tenho um irmão que sofreu um acidente e desde essa época eu fiquei diabética.”*

A infidelidade conjugal aparece como estressora, tanto para os homens idosos do grupo que a referem, quanto para as mulheres que a citam, e é considerada uma falta grave que os leva ao sofrimento e adoecimento. É tida como uma quebra de acordo, um acontecimento marcante e relacionado, na maioria das vezes, com perdas econômicas concomitantes. Desse modo, o divórcio, a traição e a separação do cônjuge são fatores causais para a hipertensão, o diabetes, a obesidade, o enfisema, bem como desencadeantes da recidiva de um câncer de próstata e de crises de lesões autoinflingidas:

J — *“Aí, fiz uma bateria de exames, coincidindo com a falência do meu casamento; então, acho que é tudo ligado no emocional. Aí, apareceu gordura alta, glicemia alta, tem época que fica normal, tem época que sobe, mas é raro ficar normal.”*

A família, enquanto geradora de estresse, aparece ainda na relação de cuidado. Seis mulheres do grupo acumulam seus afazeres com as tarefas de cuidar de um familiar. Estas se queixam da sobrecarga de trabalho físico, de cansaço mental, da falta de companheirismo da família, da falta de oportunidades de lazer. O estresse de cuidar é associado ao aparecimento e manutenção da hipertensão, do diabetes e da obesidade, além de piora da dor crônica:

U — *“Não tem quem fique com ela e ela não pode ficar sozinha. Ela pesa 100 e poucos quilos, tenho que ajudá-la, a dor piora... Para sair na rua com ela, eu tenho que carregar e é muito complicado. Mas a mãe não é minha*

só, mas ninguém quer assumir. Minha irmã e as pessoas me criticam por eu ser obesa e dizem que é por isso que eu demoro mais para fazer as coisas.”

Provocado pelas condições de trabalho, o estresse é citado pelo grupo entrevistado como causa para a hipertensão arterial, para o linfoma, para o diabetes e para as doenças cardíacas, especificamente para a DAC. Todos os entrevistados que relacionaram o estresse no trabalho ao desencadeamento de suas doenças desempenham ou desempenharam funções mais especializadas e que envolvem o comando de equipes de trabalho, associando diretamente suas doenças à jornada excessiva de horas trabalhadas e ao fato de ter que lidar com grandes volumes financeiros e gerenciar pessoas:

F: “Quando eu parei de trabalhar, minha glicemia melhorou. Coisas mal resolvidas...”

Esses entrevistados apontam condições relacionadas ao trabalho como fatores estressores que encontram eco nas pesquisas encontradas na literatura. O trabalho é tido não apenas como fonte de recompensas, tais como inserção social e salário, mas também gerador de uma série de constrangimentos relacionados ao cumprimento de obrigações, horários e responsabilidades. Mudanças no ambiente das empresas têm levado autores a propor alterações na função que o trabalho desempenha na sociedade, destacando que este deve perder o papel central que possui hoje em dia como construtor da identidade do indivíduo, posto que as pessoas se dedicam mais a ele e menos a outras atividades fora de sua esfera, tais como a família e o lazer (Sennett, 1999; Abreu, & Almeida, 2016; Barros, 2016).

O entrevistado idoso mais jovem entre os portadores de DAC e hipertensão arterial e ainda ativo no mercado de trabalho, na função de gestor de uma empresa estatal de grande porte, é o que mais evidencia as condições de trabalho como causadoras de suas doenças. Além de salientar as metas e o trabalho em equipe como desgastantes e a redução do número de funcionários que leva a poucos desempenharem o trabalho de muitos, foi forçado a morar longe da família durante a semana, só convivendo com seus filhos e esposa nos finais de semana e feriados. Em algumas de suas falas, nota-se claramente o quanto essa distância afeta os laços familiares e cria estresse, principalmente relacionado à formação do caráter dos filhos.

Em contrapartida, o trabalho na sociedade moderna tem ainda o significado de regulador do tempo humano, organizando horários, atividades e relacionamentos, servindo de referência para as pessoas. Propicia efeitos como satisfação pessoal e bem-estar psicológico e físico e é visto como fundamental tanto para o desenvolvimento pessoal quanto para o reconhecimento social, daí a dificuldade de o aposentado desvincular-se do mesmo, pois estar aposentado é associado à improdutividade e exclusão social (Deps, 2007).

Para três entrevistados, homens idosos aposentados, a aposentadoria aparece como um marco, um estressor relacionado à inatividade e que propicia o aparecimento tanto das doenças que os acometem, no caso a hipertensão, o diabetes e a obesidade, quanto de outras, como a depressão:

O1: “... *porque depois que a pessoa adquire uma certa idade, aposentado, ficar sentado ou ficar como uma ostra, no seu ambiente domiciliar, ele vai com o tempo se recalçando, se enferrujando, adoecendo!*”

Após o estresse, a alimentação é percebida pelo grupo como causa para a diabetes, hipertensão, DAC e obesidade. A alimentação é tida tanto como causa de doenças, como de sua cura, sendo os hábitos alimentares, por estarem profundamente arraigados na cultura, de difícil modificação, já que estão associados à sustentação da vida e à identidade grupal (Contreras, & Gracia, 2011).

O alimento, além de ser fonte de nutrição, desempenha várias funções na sociedade humana, correlacionando-se a aspectos afetivos, sociais, religiosos e econômicos nas diferentes culturas. O que comer, como comer, e o que aprender sobre comida são, cultural e historicamente derivados, e identificados a coletivos nacionais. Desde sua produção e coleta na natureza até a forma como é cozido, servido e ingerido, é rico em simbolismo, assumindo parte essencial no modo como o grupo social se organiza (Contreras, & Gracia, 2011).

A relação do alimento com a obesidade, para os entrevistados que referem excesso de peso, perpassa pelo estresse causado por relações familiares e conjugais conflituosas: quanto maior o estresse, maior a quantidade de comida ingerida. Uma das entrevistadas afirma que não deseja emagrecer, mas ao mesmo tempo se culpa por não o fazer, associando seu desejo de comer à depressão e ansiedade:

L: *“Eu adoeci porque comia errado, muita gordura, eu era gordo, tinha barriga; depois, eu não tive um problema cardíaco, eu não sinto nada, só tenho artérias entupidas.”*

C: *“... eu não quero [ser gorda] ... eu quero resolver a minha relação com a minha filha, não quero emagrecer... não tenho cabeça...isso tudo vai me deixando nervosa, como é que eu vou fazer? Você não fala, se engorda, mas sapo engorda mais do que pão, do que óleo, do que açúcar...”*

Em seguida ao estresse e à alimentação, a genética é citada como fator causal para várias doenças como o câncer, a DAC, a hipertensão e o diabetes. Para os que a citam, genética significa algo herdado, alguma coisa com o qual a pessoa já nasce e que faz com que a pessoa adoça, tornando a enfermidade inevitável, independentemente do que o indivíduo faça ou dos seus hábitos:

Y: *“A pressão alta é assim: minha mãe tinha pressão alta. Irmão com pressão alta...”*

O mau funcionamento do corpo, visto como uma máquina, foi citado por sete entrevistados. Este leva à deficiência, fator causal relacionado ao enfisema e à diabetes. Para três portadores de enfisema, a doença pulmonar é causada pela entrada, no pulmão, do cigarro, que, por estar em conjunto com as emoções negativas, provoca um mau funcionamento, sobrecarregando o pulmão e provocando a doença:

L1: *“Essa tal diabetes que eu não chamo de doença, eu chamo de deficiência, na verdade, porque ela é uma deficiência, como é quem usa óculos, quem não escuta, quem tem a perna manca... É deficiência, porque a partir do momento que o pâncreas deixou de funcionar, eu passei a precisar de uma âncora, que é a tal da insulina, pois o açúcar sobe no sangue.”*

O modelo causal que estes entrevistados atribuem para o câncer é o mais variado apresentado pelo grupo. Estresse e genética, associados ou não, são as explicações mais frequentes, mas causas sobrenaturais e contágio também foram citadas.

Para uma entrevistada portadora de câncer de mama, sua doença foi causada por uma combinação de um ataque pelo demônio, que lançou algo contra seu corpo, com uma agressão sofrida durante um roubo.

O câncer de ovário, para outra entrevistada, apareceu mediante contágio, já que seu cônjuge, promíscuo, absorvia malignidade das mulheres com que tinha relações sexuais e, ao relacionar-se com ela, a contagiava. Para ela, o contágio está associado ao demônio, um ser maligno que penetra o corpo através da relação sexual e causa doença.

Luxardo (2006), estudando a causalidade para adoecidos portadores de câncer na Argentina, destaca as várias etiologias encontradas. Para as mulheres, os cânceres tiveram como causalidade traumas físicos, emoções fortes, herança genética, problemas com a sexualidade, fatores ambientais e estilo de vida, entre outros. Para os homens, são apontados, como fatores causais, traumas físicos, emoções fortes, o processo de trabalho e o estilo de vida. O câncer é ainda tido como encarnação ou como algo de fora que penetra no corpo, como o fumo. Eventos traumáticos como assaltos e a vontade divina também aparecerem. Estes resultados são muito semelhantes ao modelo encontrado entre os participantes desta pesquisa.

Pode-se verificar que a maioria dos entrevistados portadores de hipertensão arterial percebe um modelo explicativo para a causalidade da enfermidade composto por uma combinação de estresse, alimentação inadequada e genética, em que o primeiro aparece tanto como fator causal da doença em si quanto das crises de aumento da pressão, o mesmo ocorrendo com os excessos alimentares, principalmente relacionados à ingesta de gordura e sal, sendo esta considerada uma doença inevitável quando associada à genética.

Já para os entrevistados adoecidos com DAC, o modelo encontrado neste trabalho surge de uma combinação de genética e estresse, este principalmente relacionado ao trabalho. Artérias entupidadas e a ingesta de gorduras são ainda associadas:

Q: “Eu sei que eu tenho artérias entupidadas há muitos anos; eu sei que tenho obstrução no corpo; meu colesterol é alto; então, não tem jeito, eu acho que foi a comida, a gordura e a vida que eu levei que entupiu tudo. Fumava muito à noite, também toquei muito na noite, passei anos tocando em conjunto; então, fumava demais, bebia demais, e veio a acarretar estas coisas todas.”

O modelo de causalidade do diabetes, para estes entrevistados, tem a hereditariedade, a alimentação e o estresse como componentes. A alimentação em excesso, principalmente de carboidratos, e o estresse familiar e no trabalho causam tanto a doença, quanto são responsáveis pela elevação da glicemia. Para alguns entrevistados, não se trata de uma doença, mas, sim, de uma disfunção, um mau funcionamento:.

L1: *“Essa tal diabetes que eu não chamo de doença, eu chamo de deficiência, na verdade, porque ela é uma deficiência, como é quem usa óculos, quem não escuta, quem tem a perna manca... É deficiência, porque, a partir do momento que o pâncreas deixou de funcionar, eu passei a precisar de uma âncora, que é a tal da insulina, pois o açúcar sobe no sangue.”*

Considerações Finais

O grupo de pessoas idosas entrevistadas aponta a interação de vários modelos de causalidade, constituídos por aspectos apreendidos e reinterpretados do modelo médico hegemônico, de interpretações religiosas, releituras sociais e experiências de vida, tanto dos entrevistados quanto de seus familiares e grupos sociais, constituindo-se em um acúmulo de causas, ou em um ciclo etiológico, que permite a essas pessoas entender e justificar perguntas como *“por que eu?”, e “por que agora?”*, relacionando essas perguntas a sua visão de mundo e ordem social, como dito.

Observamos que os entrevistados desta pesquisa reproduzem o encontrado em outros estudos, com pequenas variações (Wendhausen, & Rebello, 2004; Canesqui, 2007; Salcedo-Rocha, Alba-Garcia, & Sevilla, 2008; Barsaglini, 2011). Estes estudos, entretanto, ou foram realizados em cidades do interior brasileiro ou com usuários do sistema público de saúde; porém, seus achados são muito semelhantes aos encontrados para este grupo pesquisado. Isso nos leva a pensar em uma construção cultural comum, um modelo explanatório sobre a causalidade dessas doenças crônicas que incorpora traços do modelo médico hegemônico, reinterpretando-o à luz das vivências dos adoecidos, dando significado a estas. Notamos ainda semelhanças com o obtido na pesquisa de Minayo (1988), apesar de esta autora ter estudado um grupo de trabalhadores que viviam em favelas do Rio de Janeiro, o que contrasta do ponto de vista socioeconômico com o grupo aqui estudado. Transcorridos 16 anos entre a pesquisa no Rio de Janeiro e a presente, com grupos tão diferentes, observam-se padrões semelhantes fortemente inscritos na cultura.

Esta pesquisa mostra que, entre o grupo pesquisado, a causalidade sobrenatural foi apontada. Nas falas dessas pessoas, esta explicação ou surge para uma doença, ou para um mesmo entrevistado, ora uma doença pode ter uma causa natural; ora outra, uma sobrenatural. Achado este que se contrapõe à afirmação de que apenas classes menos favorecidas

economicamente teriam este tipo de interpretação para a causalidade do adoecer. Trata-se de uma visão preconceituosa, que não retrata a realidade, já que os grupos sociais constituem seus próprios modelos para as doenças (Kleinmam, 1980; Good, 1994; Concone, 2003; Laplantine, 2010).

Destacamos, por fim, que, entre os idosos entrevistados por esta pesquisa, há profissionais da saúde (médicos, enfermeiras, entre outros) os quais compartilham das crenças e práticas culturais do grupo social do qual participam.

Referências

- Abreu, V. N., & Almeida, V. H. (2016). Trabalho, tempo livre, lazer e ócio: da antiguidade aos tempos atuais. *Revista Espaço Acadêmico*, 16(187), 121-132. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/31701>.
- Barros, R.E.M. (2016). Lazer e jornada trabalho: um estudo sobre a dignidade do trabalhador na sociedade capitalista. *Sinais*, 19, 108-124. Recuperado em 01 julho, 2018, de: [file:///C:/Users/Dados/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/12232-Texto%20do%20artigo-36909-1-10-20160802%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dados/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/12232-Texto%20do%20artigo-36909-1-10-20160802%20(1).pdf).
- Barsaglini, R. A. (2011). *As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.
- Camargo Jr., K. R. (2013). Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cad. Saúde Pública*, 29(5), 844-846. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/02.pdf>.
- Canesqui, A. M. (2007). A Hipertensão do ponto de vista dos adoecidos, 45-57. In: Canesqui, A. M. (Org.). *Olhares Socioantropológicos sobre os Adoecidos Crônicos*. São Paulo, SP: HUCITEC.
- Caroso, C., Rodrigues, N., & Almeida-Filho, N. (2004). Nem tudo na vida tem explicação: explorações sobre causas de doenças e seus significados. In: Leibing, A. (Org.) *Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: NAU Editora.
- Carvalho, S. R., Rodrigues, C. D. O., Costa, F. D. D., & Andrade, H. S. (2015). Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1251-1269. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400011>.
- Concone, M. H. V. B. (2003). Cura e Visão de Mundo. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia* (impressa), 6(2), 45-59.
- Contreras, J., & Gracia, M. (2011). *Alimentação, sociedade e cultura*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.
- Deps, V. L. (2007). Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In: Neri, A. (2007). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. São Paulo, SP: Papyrus.

- Díaz Bernal, Z., Aguilar Guerra, T., & Linares Martín, X. (2015). La antropología médica aplicada a la salud pública. Ciudad de La Habana, Cuba: *Revista Cubana Salud Pública*, 41(4). Recuperado em 01 julho, 2018, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400009.
- Foucault, M. (2001). *A História da Clínica*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. New York: Cambridge Press.
- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar [IESS]. (2014). *PIB estadual e Saúde: riqueza regional relacionada à disponibilidade de equipamentos e serviços de saúde para o setor de saúde suplementar*. Rio de Janeiro, RJ: IESS.
- Kleinmam, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry*. Los Angeles, USA: University of California Press.
- Laplantine, F. (2010). *Antropologia da Doença*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Luxardo, N. (2006). Tejiendo tramas para explicar la aparición del cáncer. Buenos Aires, Argentina: *Mitológicas*, vol. XXI, 55-67. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14617733004>.
- Manso, M. E. G. (2015). *Saúde e Doença: do controle sobre os corpos à perspectiva do adoecido*. São Paulo, SP: Max Limonad.
- Manso, M. E. G. (2017). Envelhecimento, saúde do idoso e o setor de planos de saúde no Brasil. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(4), 135-151. Recuperado em 01 julho, 2018, de: DOI: 10.23925/2176-901X.2017v20i4p135-151.
- Minayo, M. C. S. (1988). Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, 4(4), 363-381. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1988000400003>.
- Saillant, F., & Genest, S. (2012). *Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.
- Salcedo-Rocha, A. L., Alba-García, J. G., & Sevilla, E. (2008). Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico em México. *Rev Saúde Pública*, 42(2), 256-264. Recuperado em 01 julho, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000200010>.
- Sennett, R. (1999). *A Corrosão do Caráter: Consequências Pessoais do Trabalho no Novo Capitalismo*. Rio de Janeiro, RJ: Record.
- Wendhausen, A. L. P., & Rebello, B. C. (2004). As concepções de Saúde-Doença de portadores de Hipertensão Arterial. *Ciência Cuidado e Saúde*, 3(3), 243-251. Recuperado em 01 julho, 2018, de: DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v3i3.5390

Recebido em 20/10/2019

Aceito em 30/12/2019

Maria Elisa Gonzalez Manso - Pós-Doutorado em Gerontologia, com concentração em Gerontologia Social/PUC-SP. Doutora em Ciências Sociais. Mestrado em Gerontologia, com concentração em Gerontologia Social/PUC-SP. Médica. Bacharel em Direito. Professora titular do Curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo SP.

E-mail: mansomeg@gmail.com

Leonardo Garcia Góes - Graduando em Medicina. Centro Universitário São Camilo SP. Presidente da Liga Acadêmica de Medicina Integrativa e Espiritualidade do Centro Universitário São Camilo SP.

Maria Helena Villas Boas Concone – Doutora em Antropologia/PUC-SP. Graduada em Ciências Sociais/USP. Profa. Titular Departamento de Antropologia/Faculdade de Ciências Sociais/PUC-SP. Docente, Pesquisadora, nos Programas de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais/PUC-SP e em Gerontologia/FACHS/PUC-SP. Palestrante em temas relacionados à Saúde/Doença, Envelhecimento e Velhice, Religião e Religiosidade, Ética em Pesquisa, Interdisciplinaridade. Publicações sobre os temas de Ética em Pesquisa, Religião e Religiosidade Brasileira, Religiões AfroBrasileiras, Cura e Visão de Mundo, Envelhecimento e Velhice, Noção de Cultura, Educação e Cultura, Mídia e Religião, Velhice na Mídia, Morte e Finitude.

E-mail: mhconcone@yahoo.com.br