

ASPECTS OF THE LIFE HISTORY OF WORK AND HEALTH IN HEALTH
CENTERS-IJUÍ-RS USERS IN THE DEBATE OF DOCTOR AND PATIENT
RELATIONSHIP IN THE ELDERLY

Authors: JOÃO CARLOS LISBOA - UNIJUÍ-RS – famlisboa@bol.com.br

MARIA CRISTINA PANSERA-DE-ARAÚJO- UNIJUÍ-RS

–pansera@unijui.tche.br

RUTH MARILDA FRICKE- UNIJUÍ-RS –frickerm@brturbo.com.br

UNIJUÍ-RS – UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO
DO RIO GRANDE DO SUL

THE FIRST INTERNATIONAL CONGRESS OF QUALITATIVE INQUIRY
UNIVERSITY OF ILLINOIS AT URBANA-CHAMPAIGN

2005

ASPECTS OF THE LIFE HISTORY OF WORK AND HEALTH IN HEALTH
CENTERS–IJUÍ–RS USERS IN THE DEBATE OF DOCTOR AND PATIENT
RELATIONSHIP IN THE ELDERLY

Authors: LISBOA, J. C.; PANSERA-DE-ARAÚJO, M. C.; FRICKE, R. M.
UNIJUÍ-RS

ABSTRACT:

Introduction: The users of the public services of health in the elderly can be studied from the perspective of each individual's singularity. The process of constitution of the subjects happens in the social relationships, instances of power that interfere in the process health-diseases and in the relationship among doctors and patients. We evaluate the history of work life and of health in the perspective of the construction of the subjectivities in this debate in the Public Health Centers – Ijuí - RS. Methodology: Researches quantity-qualitative accomplished in the period in December /2002 to August /2003 in three health centers public of Ijuí (RS) for sampling constitutes by 103 individuals with 60 year-old age and plus, being guaranteed a maximum margin of error of 5% wich was random selected. The statistics approach is the Analysis of Multiple Classification of Fricke (2004) that codifies all separetly of the arguments of the “speeches”, counted histories for the interviewees. The result show a prevalence of activities to the home (43,7%), the country with 35,9% and domestic services with 26,2% as it evidences this “speaks”: “he worked in the colony, taking care of the house, making food for the farmers, it removed mild and make cheese.” The history of life of health shows that 43% of the individuals have a past absolutely healthy. In the group with relevant clinical diseases in the past, 19,4% presented cardiovascular problems. These life histories are fundamental in the debate of the relationship among doctors and patient.

ASPECTS OF THE LIFE HISTORY OF WORK AND HEALTH IN HEALTH CENTERS–IJUÍ–RS USERS IN THE DEBATE OF DOCTOR AND PATIENT RELATIONSHIP IN THE ELDERLY

Os usuários idosos do Serviço de Saúde podem ser estudados a partir da perspectiva da singularidade de cada indivíduo. Os sujeitos singulares são a expressão da subjetividade construída ao longo da vida. O processo de constituição dos sujeitos ocorre fundamentalmente nas inter-relações sociais, instâncias de poder que refletem o jogo da vida. Segundo Lisboa (2004), a realidade do mundo ocidental contemporâneo é essencialmente medicalizada, colocando com muita frequência o indivíduo frente ao médico. A busca exagerada por atenção médica é estimulada por uma forma hegemônica de pensar, medicamente determinada, de tal sorte que a vida de cada um sofre influência permanente da Medicina.

Somos produtos da nossa história.

É importante analisar, no entanto, a influência da Medicina e das práticas atuais na construção das subjetividades, na determinação dos comportamentos a partir de internalização das normas e prescrições médicas. Tal processo é histórico e socialmente determinado. É bem verdade que o contexto social se modifica e a resistência ao modelo hegemônico, medicocêntrico de assistência à saúde propicia o surgimento de novos paradigmas, novas modalidades de relação entre médicos e pacientes. Lisboa, 2004, pg. 75.

Os contextos sócio-culturais e históricos são fundamentos para compreensão da realidade que cerca e constitui cada um. São relações de poder que caracterizam as relações sociais e moldam a subjetividade. Podemos pensar a relação entre médico e paciente como uma relação de poder, pois é também uma relação social. O estudo dessa relação que se estabelece no âmbito da saúde pública requer, portanto, que se revise a história de vida de cada indivíduo. A relação entre

médico e paciente não pode ser unilateral ma se constrói numa sociedade desigual. É neste contexto da desigualdade social que deveríamos considerar a participação dos indivíduos, pois “não pode, então, haver participação dada, doada, preexistente. Somente existe na medida que a conquistarmos, num contexto de esforço conscientizado das tendências históricas contrárias.” (DEMO, 1999, p. 1039).

Para o resgate dessa participação em seus elementos constitutivos, foram abordados aspectos da história de vida do trabalho e da saúde por considerarmos essenciais na constituição dos sujeitos e no estabelecimento de suas relações com os médicos. A participação dos pacientes idosos na relação com o médico e a equipe de saúde ou com a instituição pública dependerá do lugar que ocupam estes sujeitos na sociedade a partir do qual vêem o mundo e a si mesmos. As racionalidades determinantes medicalizam a sociedade, enaltecem a figura do médico como agente central em questões relativas à vida e à morte e moldam comportamentos de submissão ou resistências às orientações médicas. Desta forma, precisamos abordar as atividades laborais e de saúde num contexto histórico e cultural, na perspectiva da influência que exercem na relação entre médico e paciente.

Esta é uma pesquisa quanti-qualitativa projetada e realizada no período de dezembro de 2002 a agosto de 2003. A amostra estudada está constituída por 103 indivíduos com idade de 60 anos e mais, que foram entrevistados numa abordagem quantitativa com o auxílio de um questionário semi-estruturado composto por 21 questões fechadas e 12 questões abertas. A abordagem qualitativa constou de três questões relativas à história de vida de trabalho e de saúde.

O método utilizado para o delineamento amostral seguiu os parâmetros clássicos da definição de uma amostragem quantitativa na qual procurou-se

minimizar a intervenção de erros amostrais e não amostrais típicos que conduzem a tendenciosidades perniciosas à análise. A amostragem consiste no

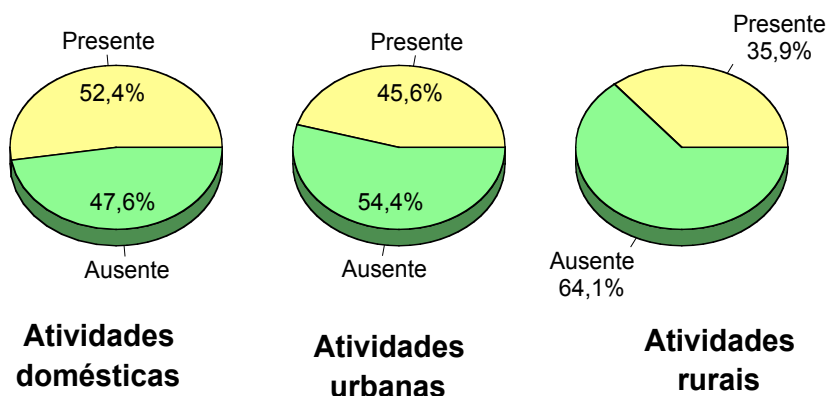
[...] ato de investigar parcialmente a população com o poder de generalizar o conhecimento adquirido na amostra para o conjunto da população, com uma margem de segurança dimensionável. A coleta de dados é, talvez, a parte mais importante da pesquisa pois qualquer erro, engano ou viés presente na mesma se refletirá nas conclusões baseadas nessa coleta, seja na coleta realizada de forma censitária ou amostral. (FRICKE, 2004, p. 3).

O tamanho da amostra resultou da aplicação do método Cochran (apud FRICKE, 2004), que considera a homogeneidade da população definida como os usuários com 60 anos e mais em cada um dos três Centros de Saúde investigados, e calculada a partir da variância apresentada na distribuição por idade dos entrevistados que apresentou 11,7% de variabilidade, o grau de precisão traduzido pela margem de erro máxima admitida no delineamento amostral fixada em 5% e na confiabilidade pré-fixada em 90%, resultando numa amostra de tamanho $n \geq 102$. As questões abertas foram tratadas conforme o Método de Classificação Múltipla de Fricke (2004), que codifica isoladamente todos os argumentos apresentados nas “falas”, respostas dadas pelos usuários entrevistados nas questões abertas do instrumento.

A análise da história de vida do trabalho, em nossa amostra, permite dividi-la em três categorias:

- trabalhadores em atividades rurais: roça, jardineiro, pomar ou horta;
- trabalhadores em atividades domésticas, que podem ser remuneradas como lavadeiras, faxineiras, doméstica/empregada, e não-remuneradas, como as identificadas pela terminologia do lar;

- trabalhadores em atividades urbanas, que podem ser divididos em autônomos e não-autônomos. Os autônomos são os comerciantes, funcionários públicos, professores e marceneiros; os não-autônomos são os industriários, comerciários e os trabalhadores da construção civil.



Fonte: PC LISBOA, J. C. Orientadoras: PANSERA de ARAÚJO, M. C., FRICKE, R. M. -
Mestrado de Educação nas Ciências - UNIJUÍ

Figura 2 – História de vida de trabalho por tipo de atividade.

Na história de vida do trabalho, encontramos na população um predomínio de atividades voltadas ao lar, com 43,7%, e à roça, com 35,9%, e nos serviços domésticos com 26,2%, como evidenciam estas declarações de entrevistados:

Trabalhava na colônia, cuidando da casa, fazendo comida para peonada. Sempre cuidei de familiares, tirava leite, fazia queijo. Muito sofrida, pobre, na roça até os 50 anos, veio para a cidade com os filhos. (E-8).

Estes dados refletem a origem rural e as baixas condições socioeconômicas da maioria da população estudada. As atividades do lar são exercidas principalmente por mulheres e não são remuneradas. Os trabalhos na

roça são do tipo autônomo e informal e são desempenhados, principalmente, pelos homens, auxiliados pelas mulheres.

TABELA 1

Distribuição dos entrevistados segundo a história de vida do trabalho (% de indicações). Pesquisa em CAS da Rede Pública de Ijuí – 2003

História de vida do trabalho	Ocorrências	
	Nº	%
Do lar/casa	45	43,7
Roça	37	35,9
Serviço doméstico	27	26,2
Produção/indústria	16	15,5
Comércio e serviços	10	9,7
Construção civil	10	9,7
Serviços gerais/eventuais	7	6,8
Serviço público	7	6,8
Atividades rurais	6	5,8
Artesanato/manufaturado	4	3,9
Professora	3	2,9

Fonte: PC LISBOA, J. C. Orientadoras: PANSERA de ARAÚJO, M. C.; FRICKE, R. M. – Mestrado de Educação nas Ciências da Unijuí.

As atividades de produção, de indústria e mecânicos constituem 15,5%, seguida daqueles do comércio e serviços (9,7%) e da construção civil (9,7%). Como evidência observa-se esta fala de uma entrevistada:

Trabalhou na fábrica de calçados, pintura em couro, em Porto Alegre no Hospital como cozinheira. (E-21).

As demais, com exceção daquelas voltadas ao comércio e serviços, são também caracterizadas pela utilização da força física gerada pelo corpo saudável. Este cenário destaca o corpo com elemento central no processo produtivo. A disciplina dos corpos é importante na racionalidade da produção e associa-se ao conceito de saúde. Os cuidados voltados para o corpo têm uma preocupação com a

capacidade de trabalho e com a manutenção da saúde. Ter saúde é ser capaz de produzir e trabalhar. Estar doente é estar incapacitado para o trabalho.

Com o envelhecimento, a limitação imposta pela menor reserva funcional, sobretudo da massa muscular, pode representar uma perda irreparável na capacidade do corpo-máquina de produzir trabalho. Tal situação pode favorecer a depressão. Por outro lado, a continuidade do trabalho, remunerado ou não, dentro dos limites fisiológicos associados ao envelhecimento, aumenta a auto-estima e favorece o desenvolvimento de independência e autonomia. Os indivíduos idosos que trabalham, em geral, são mais saudáveis, não só do ponto de vista físico, mas também psicológico e emocional.

Comecei em Catuípe. Desde que me conheço por gente, eu trabalho. Aos 7 anos ajudava a entregar pão numa gaiota. No quartel em Santo Angelo. Viajei a S. Paulo com tropas de burros em 60 dias, conforme corria o tempo. Itapetininga, tinha burro que valia 8 contos de réis que era um dinheirão - até 1200 mulas. tinha 13 anos. Tirei muita areia. Depois fui colono. (E-21).

Aqueles que desempenham atividades remuneradas, muitas vezes, representam a fonte de renda principal da família, sendo essenciais no equilíbrio financeiro, o que influencia muito favoravelmente na sensação de auto-estima elevada. O trabalho confere dignidade e dá sentido à vida, tornando a velhice uma fase ativa e produtiva, contrariando os estereótipos de declínio, improdutividade e depressão, promovendo desse modo a cidadania e a sensação de liberdade. Estes usuários são mais exigentes com relação aos serviços prestados e são mais interativos na consulta com o médico e a equipe. A autonomia e a independência associadas ao trabalho conferem cidadania que se explicita nas relações sociais, refletindo-se, portanto na relação entre médico e paciente.

É importante considerar também o histórico de vida de saúde da população idosa, no sentido de avaliar a influência do processo saúde-doença, na constituição dos sujeitos e na relação que estabelecem com os serviços e os profissionais da equipe de saúde. Para 43% dos indivíduos, o seu passado é absolutamente saudável. O estilo de vida, caracterizado por atividade física vigorosa e regular, consumo de alimentos saudáveis e o contato com a natureza estão na base explicativa para a ausência de doenças e para a boa saúde deste contingente populacional. Os idosos orgulham-se de referir que naqueles tempos, quando jovens, trabalhavam muito, em atividades que exigiam muito vigor físico e não sentiam nada, sobretudo, como já vimos, nas atividades rurais. No grupo dos que referem doenças clinicamente relevantes, 19,4% são portadores de problemas cardiovasculares. Estes estão de acordo com a literatura médica geral, que apresenta a maior prevalência destas patologias, e antecipam a alta morbidade por esta causa na população idosa.

TABELA 2

Distribuição dos entrevistados segundo a história de vida de saúde (% de indicações). Pesquisa em CAS da Rede Pública de Ijuí – 2003

Patologias	Saúde no passado		Saúde no presente	
	Nº	%	Nº	%
Sem problemas	45	43,7	19	18,4
Cardíacos	20	19,4	41	39,8
Cirúrgico	12	11,7	2	1,9
Indeterminado/miscelânea	10	9,7	3	2,9
Osteo-articular	9	8,7	23	22,3
Endocrinológicos	8	7,8	12	11,7
Sentidos	6	5,8	3	2,9
Digestivos	6	5,8	7	6,8
Urológicos	6	5,8	3	2,9
Neurológicos	4	3,9	2	1,9
Depressivos/Psiquiátricos	3	2,9	7	6,8
Respiratórios	2	1,9	7	6,8
Ginecológicos	5	4,9		
Oncológicos	2	1,9		

Fonte: PC LISBOA, J. C. Orientadoras: PANSERA de ARAÚJO, M. C., FRICKE, R. M. Mestrado de Educação nas Ciências da UNIJUÍ.

Os cuidados preventivos têm sido enfatizados desde os estudos de Framingham, a partir dos anos 60, do século passado. As principais orientações referem-se à dieta pobre em gorduras e sal, exercícios físicos regulares, controle de peso e da glicose sanguínea. Os indivíduos hipertensos e diabéticos devem controlar os níveis de pressão arterial e a glicemia regularmente para a prevenção de eventos cardiovasculares graves, muitas vezes fatais, como o infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal e o acidente vascular cerebral (derrame cerebral). Conforme declaram alguns dos entrevistados:

Não foi nem é doente. Alguns problemas de gente velha. (E-4)

Não tinha problemas, aí começou com a tireóide, coração, colesterol. (E-14)

Os problemas cardiovasculares são apontados como a questão atual de saúde mais importante para cerca de quarenta por cento dos idosos (39,8%).

A sobrecarga das articulações provoca desgaste e inflamação, que se manifestam por dor e limitação funcional. A associação entre o trabalho e estas patologias é crítica, e muitas delas são consideradas ocupacionais ou profissionais. São responsáveis por uma demanda aumentada nos serviços públicos de saúde e representam importante causa de absenteísmo ao trabalho. Políticas públicas em saúde do trabalhador visam o atendimento especializado deste contingente populacional. Os idosos que referem estes distúrbios representam 22,3%, atrás apenas dos distúrbios cardiovasculares em termos de frequência ou prevalência. Estes idosos têm graus variados de limitação nos movimentos físicos, o que lhes impõem diminuição de independência e autonomia. As dores associadas são limitantes e exigem tratamentos frequentes, segundo comenta este entrevistado:

Dor nas pernas, esteve baixado neste mês, muito esquecido. (E-26)

Outros problemas são relatados referentes ao aparelho digestivo, como evidencia esta fala de um entrevistado:

Sérios, não. Tem gastrite há uns 35 anos. Nada me faz bem, tudo me faz mal. Um problema num testículo que teve que extrair. (E-3)

Cerca de vinte por cento da população estudada (18,4%) refere não ter nenhum problema de saúde no momento. Este percentual é estatisticamente significativo, pois revela que até um quinto da população com 60 anos ou mais está isenta de problemas clinicamente relevantes, do seu ponto de vista. Verifica-se que a longevidade crescente associa-se a um número cada vez maior de idosos saudáveis. As complicações das doenças crônicas surgem mais tardiamente, devido aos cuidados preventivos anteriores.

O estilo de vida saudável está na base deste cenário atual, associado certamente a fatores genético-hereditários não estudados neste trabalho. Os números desta pesquisa permitem inferir que esta população busca os serviços de saúde com preocupações principalmente preventivas, pois não apresentam queixas ou problemas clínicos na atualidade. Eles vêm à consulta para a realização de exames complementares, laboratoriais ou de imagem, com fim de detecção precoce de patologias graves como câncer, diabetes e outras.

Estes aspectos são importantes na relação entre médico e paciente. Os idosos saudáveis são mais interativos e aderem mais facilmente aos processos inerentes à relação com o médico e a equipe da saúde; a comunicação é mais fácil, e os aspectos educativos relativos às orientações são mais facilmente trabalhados.

Os paradigmas que limitavam o “investimento” nos processos de investigação e tratamento nas faixas etárias mais elevadas mudaram com a longevidade. Cada vez mais avança o processo de “geriatrização” do cenário de assistência a saúde. Os recursos tecnológicos, bio-químicos e farmacêuticos relativizam o fator “idade” no balanço do custo/benefício nos cuidados à saúde aplicada a idosos. Os bons resultados e a possibilidade de conferir qualidade aos anos de sobrevida estimulam os investimentos cada vez maiores em Geriatria.

Os problemas endocrinológicos são representados basicamente pela ocorrência de diabetes mellitus, doença metabólica, familiar, que acomete cerca de 10% da população em geral. Neste estudo esteve presente em 7,8% do total como antecedente mórbido na história de saúde. É importante lembrar que a diabetes é uma doença crônica, com complicações severas, como insuficiência renal, cegueira, problemas vasculares que podem acarretar amputações de extremidades por gangrena. Esta patologia associa-se à hipertensão arterial sistêmica em 50% dos indivíduos. A insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral por arteriosclerose ou sangramento cerebral são outras complicações associadas. Esta doença apresentava evolução desfavorável até os anos 50-70 do século passado. Nas últimas décadas, apresentou uma evolução diferenciada com o advento de novas tecnologias, de novas drogas antidiabéticas e novas formas de insulina, associada às orientações preventivas, que visam basicamente mudanças no estilo de vida, cuidados com dietas e exercícios físicos regulares. A doença está muito mais controlada e as complicações secundárias manifestam-se cada vez mais tardiamente. A longevidade nos dias atuais deve-se ao controle de patologias como a diabetes e, cada vez mais, temos idosos com manifestações tardias da doença.

A diabetes é o problema atual de saúde para 11,7% da população estudada. No Brasil, a prevalência é de 7,4% na população geral e na faixa etária entre 60-69 anos é de 17,4% (FREITAS et al., 2002, p. 496).

Um contingente populacional tão elevado exige uma organização da equipe de saúde para o seu atendimento. Assim, foram criados os Grupos de Diabéticos que se reúnem mensalmente com a equipe, quando são discutidos todos os aspectos referentes ao conhecimento e manejo desta patologia. A educação, mais que a simples informação, é fundamental no sucesso de prevenção e tratamento dos pacientes diabéticos. Um dado chamativo em nossa pesquisa é que apenas 2,9% dos entrevistados referiram antecedentes de distúrbios psiquiátricos, o que talvez esteja associado ao estilo de vida ativa, de trabalho e o contato com a natureza na história de saúde no passado, visto que nos problemas atuais este percentual sobe para 5,8% e são representados, principalmente, pela depressão e quadros demenciais.

As limitações fisiológicas do envelhecimento, a redução do tamanho das famílias, a perda da renda com a aposentadoria, e a maior predominância de patologias associadas à velhice contribuem para um aumento de prevalência da depressão nas faixas etárias mais avançadas.

Por meio da internalização do olhar normalizador do médico é que os indivíduos internalizam suas normas e prescrições, gerando um verdadeiro estado de autocontrole e vigilância que moldarão comportamentos higienicamente determinados. A influência médica na constituição das subjetividades é resultado de um amplo processo histórico e social. Este se concretiza, sobretudo nas relações de poder, que se estabelecem na trama das inter-relações sociais.

A relação entre médico e paciente não é adequadamente discutida no curso médico, e se estabelece no cotidiano dos encontros entre acadêmicos e pacientes.

Tenderá a reproduzir a relação entre professor e aluno em se tratando de uma relação de anterioridade, de autoridade e de poder na interação com os pacientes. O ensino médico caracteriza-se por uma forma de transmissão vertical do conhecimento. Segundo Freire (1987), o professor “deposita” o seu saber no aluno, que é passivo, tornado objeto, receptáculo de todo o saber do mestre. Na relação com os pacientes, tal modelo poderá se repetir. O aluno, na condição de médico, tenderá a simplesmente transmitir o seu conhecimento e impor suas normas e prescrições, não tendo o cuidado de contextualizá-los adequadamente. Desta forma, na relação entre médico e paciente predominam os aspectos normativos e prescritivos e a educação tem uma dimensão, que precisa ser buscada para além destes limites. A prática médica está limitada pelo seu conteúdo técnico, cada vez mais elaborado e complexo.

Na relação entre médico e paciente, o conteúdo do “diálogo” é fortemente orientado e formalizado pelo médico, uma vez que se trata de um procedimento eminentemente técnico. Cabe ao profissional criar condições favoráveis à comunicação, estimulando a livre expressão do paciente, sem permitir que os aspectos técnicos da entrevista médica limitem e formatem o diálogo entre estes agentes sociais.

Referências

- DEMO, P. **Participação é conquista**: noções de política social. São Paulo: Cortez, 1999.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FRICKE, R. M. **Estatística e aplicações aos fenômenos sociais**. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2005.
- FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

LISBOA, J. C. **A educação na relação entre médico e paciente: um estudo de caso com a população geriátrica em Ijuí (RS/BR)**. Dissertação de mestrado. Ijuí (RS) : Mestrado de Educação nas Ciências – UNIJUÍ – 2004.