Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Territorialidade e apoio social em saúde dos idosos em comunidades do Pantanal Mato-grossense

Giselle Dantas Sena

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Marta Gislene Pignatti

Co-orientadora: Prof.ª Dr.ª Reni Aparecida Barsaglini

Cuiabá

2009

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Territorialidade e apoio social em saúde dos idosos em comunidades do Pantanal Mato-grossense

Giselle Dantas Sena

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, UFMT à Banca de Defesa de Dissertação, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Marta Gislene Pignatti

Co-orientadora: Prof.ª Dr.ª Reni Aparecida Barsaglini

Cuiabá-MT

2009

“Somos loucos num mundo
onde pessoas normais
constroem bombas atômicas”.

(Albert Enstein)

AGRADECIMENTOS

São muitas pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a construção desta dissertação. Agradeço principalmente aos meus pais e, em especial, à minha mãe, que sempre cobrou de uma maneira insistente e sábia que eu estivesse permanentemente em busca de conhecimentos. Sua dedicação e amparo são imensuráveis.

Agradeço às minhas orientadoras, Dr.ª Marta Gislene Pignatti e Dr.ª Reni Aparecida Barsaglini, pelo profissionalismo e dedicação e, em especial à Dr.ª Marta, por seu dom de ensinar tão peculiar, que fez com que eu nunca perdesse a vontade de aprender.

Agradeço ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) por ter-me concedido bolsa durante o Curso de Mestrado e ao Programa Ecológico de Longa Duração (PELD-Pantanal), pelo financiamento da pesquisa de campo.

Quero agradecer aos entrevistados que dispuseram de seu tempo para formar a base empírica deste trabalho.

Por último, e não menos importante, agradeço a Deus, criador de todas as coisas, regente do universo, por seu amor incondicional.

RESUMO

Trata-se de um estudo sobre as redes de apoio em saúde dos idosos em duas comunidades do Distrito de Joselândia – município de Barão de Melgaço, inserido na pesquisa "Vigilância e Promoção à Saúde de Populações no Entorno da Reserva Particular do Patrimônio Natural do Sesc-Pantanal", do Programa Ecológico de Longa Duração (PELD – Pantanal - 2002-2012 CNPQ/UFMT). Os objetivos foram compreender o processo de conformação e dinâmica das redes de apoio social para os cuidados em saúde dos idosos das comunidades de São Pedro e Retiro São Bento do Distrito de Joselândia/MT, delimitado pela noção de território, a fim de identificar o contexto socioeconômico das famílias entrevistadas; identificar as estratégias de interação (pessoal, institucional, formal e informal); caracterizar as redes de relações mobilizadas na busca de apoio, empregadas para a manutenção da saúde ou em momentos de doença; e identificar os recursos interativos, materiais e imateriais, mobilizados como apoio social pelos informantes, cotejando-os com os potenciais recursos presentes no respectivo território. Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho descritivo e exploratório, no qual foram entrevistados 16 idosos, pertencentes a 11 famílias. O procedimento para a coleta de dados foi a pesquisa de campo, que envolveu a observação das atividades cotidianas, o roteiro de entrevista para a caracterização socioeconômica da família e a entrevista com o idoso. O referencial teórico está pautado na noção de territorialidade, enquanto relação do espaço com a sociedade, à luz do capital social de Bourdieu. Foi descrito o território, tipicamente campesino, e as famílias foram diferenciadas para duas comunidades locais: nas famílias de São Pedro as redes de apoio são mais ampliadas e nas famílias do Retiro de São Bento, são menores e mais coesas, observando-se diferenças no uso do espaço e na relação com este nas duas comunidades. As comunidades se ancoram nos vínculos parentais e nas amizades, na religião (católica ou protestante), na agricultura familiar e criação de animais. Observou-se que as redes de apoio para a saúde acontecem no âmbito da família e o cuidado com o idoso ocorre em vários aspectos: na atividade doméstica, na lavoura e nas situações de doença. Em casos de doença há ampliação destas para além da família: comerciantes e amigos. A compreensão dessas redes de apoio para a saúde de idosos possibilita ações de serviços na promoção da saúde.

Palavras-chave: redes de apoio, envelhecimento, comunidade pantaneira.

ABSTRACT

This is a study about the support net in aged people's health in two communities of the District of Joselandia – county of Barão de Melgaço, inserted in the research "Surveillance and Promotion to Health of Populations Around the Private Reserve of the SESC- Pantanal Natural Patrimony", of the long length ecological program (PELD – Pantanal - 2002-2012 - CNPQ/UFMT). The goals were to comprehend the conformation process and dynamics of the social support net for the aged people's health care in São Pedro and Retiro São Bento of the district of Joselândia/MT, delimited by the notion of territory, in order to identify the socioeconomic context of the families who were interviewed; identify the interaction strategies (personal, institutional, formal and informal); to characterize the relationships nets mobilized in the search of support, used for health maintenance or during times of illness; and identify interactive resources, material and immaterial, mobilized with the social support by the informers, comparing them with the potential resources presented in the respective territory. This is a qualitative study, of descriptive and exploratory stamp, in which were interviewed sixteen (16) aged people, belonged to eleven (11) families. The procedure for the data collection was field research, which involved the daily actived observation, the interview scrip for the family's socioeconomic characterization and interview with the aged people. The theoretical referential is based on the territoriality notion, as much as relationship of space with society, to the light of capital from Bourdieu. It was described the territory, typically peasant and the families were differentiated to two local communities: in São Pedro's families the support net are ample and in the families of São Bento's Retiro, are smaller and united, once the observation of the meaningful differences in space and in the relationship with it in the two communities . The communities are anchored in the parental links and friendships, on religion, (catholic or protestant), family agriculture and animal raise. It was observed that the support nets for the health happen in the family ambit and the care with the aged people occurs in many aspects; Household chores, farming and disease situation. In illness cases there are an enlargement of these aspects beyond the families' boundaries: merchant and friends. The comprehension of these support nets for the aged people makes possible service actions in the promotion of health.

Key-Word: Support net, aging, community from pantanal.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS **ix**
LISTA DE SIGLAS **x**
LISTA DE FIGURAS **xi**
INTRODUÇÃO **13**
CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO **22**
1.1. REVISÃO DE LITERATURA **22**
1.2. OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA **45**
1.2.1. Tipo de Pesquisa **45**
1.2.2. Local da Pesquisa **46**
1.2.3. Sujeitos da Pesquisa: Critérios de Seleção, Identificação e Número de Idosos Participantes **47**
1.2.4. Coleta de Dados: Conteúdos, Técnicas e Instrumentos Utilizados **48**
1.2.5. O Trabalho de Campo **48**
1.2.6. Organização e Análise dos Dados **50**
1.2.7. Aspectos éticos **52**
CAPÍTULO II – TERRITORIALIDADE NO DISTRITO DE JOSELÂNDIA **54**
2.1. CONTEXTO: O ESPAÇO **55**
2.2. CARACTERÍSTICAS DAS COMUNIDADES DE SÃO PEDRO E RETIRO SÃO BENTO **58**
2.2.1. A Comunidade de São Pedro **59**
2.2.2. A Comunidade do Retiro São Bento **61**
2.3. CONTEXTO: AS FAMÍLIAS DOS IDOSOS **62**
2.3.1. Famílias Entrevistadas de São Pedro **63**
2.3.1. Famílias Entrevistadas do Retiro São Bento **68**
2.4. RELAÇÃO ESPAÇO E ATIVIDADES ROTINEIRAS DOS IDOSOS **71**
CAPÍTULO III – REDES DE APOIO SOCIAL EM SAÚDE PARA OS

IDOSOS **86**
3.1. OS IDOSOS ENTREVISTADOS **87**
3.2. PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS AO ENVELHECIMENTO **91**
3.3. PROBLEMAS DE SAÚDE NÃO RELACIONADOS AO ENVELHECIMENTO **95**
3.4. O CUIDADO E AS REDES DE APOIO SOCIAL EM SAÚDE **97**
CONSIDERAÇÕES FINAIS **106**
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **108**
APÊNDICES **117**
APÊNDICE 01 **117**
APÊNDICE 02 **118**
APÊNDICE 03 **119**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Tipos ideais de investigação do território.....31

Quadro 2: Fatores atuantes na integração socioespacial 34

LISTA DE SIGLAS

CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

PELD – Programa Ecológico de Longa Duração

RPPN – Reserva Particular do Patrimônio Natural

Sesc – Serviço Social do Comércio

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

Unesco – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Mapa de Localização do Distrito de Joselândia na Região Centro Oeste **57**

Figura 02: Mapa Rodoviário da Região do Distrito de Joselândia, Barão de Melgaço-MT **58**

Figura 03: Moradia Típica da Comunidade do Retiro São Bento, Distrito de Joselândia, Barão de Melgaço-MT **62**

Figura 04: Área de Inundação no Centro da Comunidade de São Pedro, Distrito de Joselândia, Barão de Melgaço-MT **71**

Figura 05: Carro de Boi Utilizado no Transporte de Mercadorias na Comunidade de São Pedro, Distrito de Joselândia, Barão de Melgaço-MT **78**

Figura 06: Oratório de uma Residência na Comunidade São Pedro, Distrito de Joselândia, Barão de Melgaço-MT **80**

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Este estudo está inserido na pesquisa "Vigilância e Promoção à Saúde de Populações no Entorno da Reserva Particular do Patrimônio Natural do Sesc-Pantanal", do Programa Ecológico de Longa Duração (PELD – Pantanal - 2002-2012 - CNPQ/UFMT), cujas investigações, realizadas no distrito de Joselândia, município de Barão de Melgaço (MT), tomam como pressuposto o conceito ampliado de Saúde e Qualidade de Vida. Nesse sentido, o modo de vida dessa comunidade e especificidades relacionadas às condições de saúde têm sido documentados em relatórios de pesquisa e publicações diversas (PIGNATTI, *et al,* 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008).

O distrito de Joselândia pertence ao município de Barão de Melgaço e possui uma população de 2.483 habitantes (IBGE, 2000) distribuídas nas seguintes comunidades: São Pedro (a sede do distrito), Mocambo, Pimenteira, Retiro São Bento, Colônia Santa Isabel, Capoeirinha e Lagoa do Algodão. Essas comunidades – conforme constatação de estudos anteriores – estão interligadas por uma rede de parentesco – consanguíneo, por afinidade e compadrio – que lhes permitem identificar o conjunto dos grupos por "povo de Joselândia" (PIGNATTI e CASTRO, 2007).

O município de Barão de Melgaço possui uma área total de 11.182,846 km², com 97,5% de sua área inundável nas épocas de cheias do Pantanal; seu clima é o tropical úmido de Pantanal; seu regime pluviométrico é marcado pelos seguintes períodos de precipitações: o da cheia, de novembro a abril, com 80% das precipitações de janeiro a março, o período da vazante, de maio a julho, e o período de seca, de julho a outubro (PIGNATTI e CASTRO, 2007).

Esta polaridade de seca e cheia, entremeada por estações de transição – a vazante que leva à seca e a enchente que leva à cheia – imprime um ritmo ao movimento das pessoas na reprodução de seu modo de vida, que tem na atividade agropastoril,

preponderantemente, sua forma de organização social e econômica (PIGNATTI e CASTRO, 2007).

A perspectiva desta dissertação foi aprofundar questões relacionadas ao apoio social em saúde dos idosos em duas comunidades do Distrito de Joselândia, São Pedro e Retiro São Bento, tomando como pontos fundamentais o cuidado à saúde em territórios rurais, o envelhecimento e as desigualdades entre os meios rural e urbano.

As desigualdades sociais em saúde são, para Barata (2006), as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade. Nem toda diferença na situação em saúde pode ser considerada iníqua, mas toda diferença ou desigualdade redutível, vinculada às condições heterogêneas da vida, constitui iniquidade.

Em decorrência disso, faz-se necessário entender saúde através de uma ótica mais ampliada que a definida pela Organização Mundial de Saúde. Assim, Paim e Almeida Filho (1998) propõem que se deve buscar uma melhor articulação quanto a novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto complexo saúde-doença-cuidado respeitando sua historicidade e totalidade.

Este objeto, segundo Paim & Almeida Filho (1998), é de alta complexidade e só se define em sua configuração mais ampla, já que tem facetas, ângulos distintos e a mirada de cada um desses ângulos não nos dá acesso à sua totalidade. Pode-se chamá-lo de *integrais de saúde-enfermidade-cuidado*, os quais podem ser referenciados tanto como tecidos de pontos sensíveis ou metáforas de representação social de enfermidades, quanto como estruturas epidemiológicas, cadeias de causalidade ou relações de produção de risco.

Considera-se, neste estudo, a saúde de uma população como o resultado do conjunto de condições materiais e imateriais, das formas de organização social e das relações sociais. Sob este último aspecto é que destacamos a importância do apoio social enquanto recursos interativos (materiais e imateriais) mobilizados ou disponíveis às pessoas, assentados nos vínculos formais ou informais que integram uma rede de compromissos mútuos, que presidem as trocas recíprocas e as obrigações sociais não

restrita à sua dimensão utilitarista, mas à circulação de bens também simbólicos em que dar, receber e retribuir são fundamentais à manutenção da vida social e das relações sociais (CANESQUI e BARSAGLINI, 2008). No meio rural destaca-se, ainda mais, a família como unidade de cooperação econômica e convívio e principal fonte de apoio social no qual se inclui o cuidado.

A dimensão do cuidado, tomado aqui como sinônimo de atenção e desvelo, tem sido incorporada na perspectiva de Mudança do Modelo de Atenção à Saúde, fazendo parte da Integralidade das práticas nos Serviços de Saúde, numa busca contínua de atender as necessidades de saúde da população. Por outro lado – incluem também ações de auto-cuidado e apoio social disponibilizados aos grupos e pessoas vulneráveis numa perspectiva de solidariedade social.

O delineamento e densidade das redes de apoio social além de favorecer a sobrevivência e o enfrentamento de situações cotidianas, incluindo os problemas e o cuidado com a saúde proporciona, às vezes, acesso a recursos não oportunizados pelo Estado ou pelo mercado (GERHARDT *et al,* 2008; MARTINS, 2004).

Santos (1993) entende que as diretrizes públicas devem atender as necessidades da população, usando de um arranjo territorial de bens e serviços que, conforme sua hierarquia, sejam pontos de apoio, levando em conta a densidade demográfica e econômica da área e sua fluidez. A localização de serviços essenciais é muito importante e, se deixada à mercê das leis do mercado, tudo colabora para que as desigualdades sociais aumentem. Percebe-se, então, que para haver um arranjo territorial adequado é preciso entender a dimensão de território, sendo que esta também é um condicionante da situação de saúde.

O território onde residem os idosos é uma área rural, com população tipicamente campesina inseridas em uma região periodicamente inundável, no entorno de uma Unidade de Conservação Ambiental – a Reserva Particular do Patrimônio Natural do SESC-Pantanal, conferindo determinadas limitações no uso dos recursos naturais.

O projeto foi desenvolvido em comunidades no entorno da área da Reserva Particular do Patrimônio Natural do Serviço da Indústria e Comércio – SESC Pantanal

(área 49.485,72 há – portaria IBAMA 71/97N e 34.385,72 há portaria IBAMA 151/98n), localizada no bioma Pantanal, em áreas de antigas fazendas de criação de gado.

Em áreas biogeográficas especiais, tais como áreas do Pantanal Matogrossense e no entorno de áreas naturais protegidas (quer pública ou privada) a relação entre o ambiente natural e comunidades humanas ora estruturam-se a partir da prioridade da conservação da biodiversidade ou, ao contrário, ao respeito pelo modo de vida das chamadas populações tradicionais (DIEGUES, 1998; CUNHA, 1999).

As Reservas Particulares do Patrimônio Natural configuram-se como importantes aliadas à preservação da biodiversidade, transferindo para o setor privado a responsabilização por sua gestão, sendo fiscalizada pelo poder público e excluindo as populações humanas da área.

No caso em questão, observou-se uma priorização da conservação da biodiversidade em detrimento da participação humana do entorno, traduzida, quando muito, por medidas compensatórias pontuais realizadas pelo SESC, quer pela contratação de guarda-parque ou eventuais trabalhadores para fazer frente às queimadas na Unidade de Conservação, quer por ações pontuais através de realização de oficinas, cursos para agentes de saúde ou para o aproveitamento de artesanatos e produtos locais.

Conforme Marques (2004), o campesinato pode ser considerado uma categoria social específica dentro da sociedade capitalista. Ele é caracterizado por uma organização social específica que ora serve aos interesses capitalistas, ora lhes é contraditória. O modo de vida camponês apresenta, simultaneamente, uma relação de subordinação e estranhamento com a sociedade capitalista. Se por um lado o mercado domina o meio rural, por outro lado não o organiza.

Marques (2004) compreende que a cultura camponesa é um conjunto de práticas, valores e significados, um conjunto negociado que é marcado por um contexto. O modo de vida tradicional se caracteriza por uma sociabilidade territorializada, preferencialmente em escala local, informada por um sentimento de pertencimento ao lugar. Este tradicionalismo se realiza por meio da transmissão e reprodução entre gerações de práticas e valores, que apresentam mudanças num ritmo mais lento que a modernidade.

Esta tradição campesina é, em parte, mantida pelos mais velhos de uma comunidade. Logo, os idosos são referência no que diz respeito a conhecimentos da história do lugar, do manejo com a terra e da criação dos filhos.

Segundo Camarano (2002), no Brasil percebe-se um aumento da participação da população maior de 60 anos no total da população nacional de 4% em 1940 para 8% em 1996. Além disso, a proporção da população "mais idosa", ou seja, a de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, isto é, a população considerada idosa também está envelhecendo.

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações se dão de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, já seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais (VERAS, 2007).

Este fato se deve por altas taxas de crescimento, em face da alta fecundidade prevalecente no passado comparativamente à atual e à redução da mortalidade. Enquanto o envelhecimento populacional significa mudanças na estrutura etária, a queda da mortalidade é um processo que se inicia no momento do nascimento e altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade (CAMARANO, 2002).

Os idosos brasileiros, principalmente os da zona urbana, vivem cotidianamente uma situação inversa da zona rural, de angústia com a desvalorização das aposentadorias e pensões, com medos e depressão, com a falta de assistência e de atividades de lazer, com o abandono em hospitais ou asilos, e sofrem, ainda, todo tipo de obstáculos para assegurar alguma assistência por meio de planos de saúde. À desinformação, ao preconceito e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade se somam a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, a falta de instalações adequadas, a carência de programas específicos e mesmo de recursos humanos, seja em quantidade, seja em qualidade (VERAS, 2007).

Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da

terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2007).

De modo geral, a exigência de cuidados faz com que o idoso necessite de apoio de sua família, pois esta é a unidade na qual primariamente acontecerá o cuidado com a saúde, mas que poderá se expandir para além desta.

Santos (2006) afirma que essas redes apresentam muitas nuances, dentre as quais um caráter social e político determinado pelas pessoas, com as representações sociais destas que dela fazem parte. O suporte dessas redes encontra-se parcialmente no território e estas somente se tornam concretas, isto é, reais, efetivas e historicamente válidas, quando utilizadas no processo da ação. Por isso, são os atores cívicos e políticos que dão vida às redes.

Para Bourdieu (1983), as redes fazem parte do capital social e simbólico, inserido no *habitus*. Este *habitus* é composto por estruturas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio que gera e coordena as práticas e as representações que podem ser objetivamente regulamentadas e reguladas sem que por isso sejam produto de obediência a regras.

No reconhecimento das redes de apoio social material, entender o território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, e a mobilização da rede social de apoio para lidar com essas questões.

Para que se compreenda e se utilize o conceito de território para o desenvolvimento das populações, é necessário entender como se dão as redes sociais. São necessários estudos quanto às representações sociais sobre o processo saúde-doença em grupos populacionais específicos e fatores sociais determinantes para as condições de sua saúde. Percebe-se, contudo, certa carência no que diz respeito ao estudo do território em saúde, sobretudo no que se refere ao território rural, pois apesar de procurar em coleções bibliográficas da área, foram poucos os estudos encontrados sobre o tema.

Em áreas de conservação ambiental, essas abordagens são de extrema relevância. A comunidade em foco foi escolhida porque este estudo faz parte do projeto PELD, no qual anteriormente desenvolvi um projeto de iniciação científica investigando a

utilização dos serviços oficiais de saúde. Nesse estudo identifiquei diversos locais usados pelos moradores, alguns dos quais os idosos necessitavam com maior frequência, provavelmente devido à maior fragilidade deles e à existência de doenças crônicas. Essa experiência foi de muita valia, pois me envolveu no desejo de desenvolver esta pesquisa.

Considerando o exposto acima, primeiramente foi necessário reconhecer que esta comunidade possui um espaço geográfico muito particular, determinando um território repleto de especificidades que merecem ser compreendidas para contribuir na melhoria das condições de saúde. Portanto, foi pelo questionamento: "Como se configuram as redes de apoio social estabelecidas para o cuidado à saúde dos idosos no território do distrito de Joselândia?" que se desenvolveu esta pesquisa.

Este estudo teve como objetivo geral compreender o processo de conformação e dinâmica das redes de apoio social para os cuidados em saúde dos idosos, delimitado pela noção de território. Os objetivos específicos foram: identificar o contexto socioeconômico das famílias; caracterizar as redes de relações mobilizadas na busca de apoio, empregadas para a manutenção da saúde ou em momentos de doença; e identificar os recursos interativos, materiais e imateriais, mobilizados como apoio social pelos informantes, cotejando-os com os potenciais recursos presentes no respectivo território.

A dissertação está dividida em capítulos. O Capítulo I apresenta os referenciais teóricos e metodológicos que nortearam a pesquisa, utilizando-se uma revisão de literatura acerca das explanações sobre território e redes de apoio e envelhecimento. De maneira sucinta, incorpora-se o conhecimento de outros autores para embasar a pesquisa. Também foi escolhida a linha de pensamento de Bourdieu para nortear a análise dos dados. A partir daí, traçou-se a trajetória metodológica, na qual se delimitou qualitativamente a pesquisa, com cunho descritivo, e também os aspectos metodológicos utilizados na pesquisa de campo, bem como a estratégia de entrada no campo, a escolha dos idosos participantes, os instrumentos utilizados na coleta de dados e a forma adotada para categorização dos dados visando a posterior análise.

O Capítulo II trata do universo da pesquisa, o espaço geográfico do Pantanal, abordando suas peculiaridades, entre elas a sua sazonalidade, que rege o modo de vida das pessoas do distrito de Joselândia. Foi realizada uma breve contextualização histórica da região, através de alguns estudos já desenvolvidos, com a caracterização das famílias dos idosos entrevistados e o seu modo de viver e interagir com a terra.

No Capítulo III são discutidas as percepções sobre saúde e doença dos idosos, as enfermidades que foram mencionadas por estes, divididas em problemas relacionados com o envelhecimento e problemas não relacionados com o envelhecimento. Logo após, foram discutidas as redes de apoio social em saúde e as maneiras que os idosos as utilizam no cotidiano.

Na conclusão do presente trabalho, faz-se uma reflexão sobre a complexidade das redes de apoio social em saúde dos idosos envolvidos nas relações com o território rural e aspectos socioeconômicos e culturais do campesinato.

CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Orientado por uma preocupação com o diálogo entre as relações sociais em saúde e território, este estudo procura, sob a forma de construção teórica, uma abordagem que entrelaça esses temas, começando por elucidar conceitos. Primeiramente, neste trabalho, procurou-se explicitar os conceitos de capital social e *habitus* utilizados por Pierre Bourdieu para explicar a realidade social; a discussão sobre território e territorialidade e as diversas abordagens utilizadas para a identificação de redes sociais. Como o objeto de estudo está diretamente vinculado à saúde da população idosa realizou-se uma breve revisão bibliográfica sobre o assunto para caracterizar as especificidades do grupo e necessidades de cuidado em saúde.

1.1. REVISÃO DE LITERATURA

Quando alguém se propõe a realizar uma pesquisa, é comum a escolha de uma corrente de pensamento para se orientar na busca do referencial teórico, na coleta, organização e análise dos dados. Dentre as diversas correntes de pensamento, conforme Richardson (1999), as teorias gerais – estruturalismo, positivismo e materialismo – são aquelas que, de uma maneira ou de outra, oferecem embasamento para o surgimento de outras e, a partir daí, se buscam novas formas de pensamento e novas respostas para entender a realidade social. Para este estudo foi elencada a corrente de pensamento de Pierre Bourdieu, um autor contemporâneo que não se enquadra em apenas uma corrente, pois sua abordagem incide essencialmente sobre a questão da mediação entre o agente social e a sociedade.

A discussão teórica de Bourdieu (1983) oscila entre dois tipos de conhecimento: o objetivismo e a fenomenologia. Enquanto a perspectiva fenomenológica parte da experiência primeira do indivíduo, o objetivismo constrói as relações objetivas que estruturam as práticas individuais. Este antagonismo pretende articular, dialeticamente, o

ator social e a estrutura social. Do ponto de vista sociológico, a controvérsia objetivismo/fenomenologia se traduz pela oposição de dois clássicos: Émile Durkheim e Max Weber. Enquanto o pensamento weberiano se assenta numa sociologia da compreensão, isto é, tem seu ponto de partida no sujeito, a sociologia durkheimiana reifica a sociedade, uma vez que a apreende como coisa (BOURDIEU, 1983).

Com efeito, a noção de consciência coletiva supõe para Durkheim a existência de uma essência transcendental exterior aos indivíduos e que os enquadra, coercitivamente, na dimensão da norma. Toda ação social é, dessa forma, deduzida a partir de um sistema objetivo de representações que se encontra fora do ator social, posto que o indivíduo é concebido de forma dual – ser individual / ser social –, então, a questão da ordem pressupõe, necessariamente, a adequação do indivíduo ao sistema da sociedade global (RICHARDSON, 1999).

Se o pensamento durkheimiano acentua a transcendentalidade do social, a análise weberiana se apresenta como sua contrapartida; a sociologia compreensiva retoma o polo recusado por Durkheim e define os fenômenos sociais a partir das condutas individuais. O sentido da ação é, assim, considerado como o sentido subjetivo que o autor lhe comunica, logo a objetividade do social só pode ser apreendida por intermédio das ações individuais. O mundo objetivo aparece, dessa forma, como uma rede de intersubjetividade, como resultado de ações dirigidas para o "outro" e que adquirem significado na medida em que o "outro" compartilha o mesmo mundo social no qual tais ações se desenrolam (DEMO, 1995).

Bourdieu (1983), criticando o conhecimento objetivista, encontra-se face à dimensão subjetiva da análise weberiana da ação social. Para Bourdieu, a ação não é mais considerada como simples execução, mas sim como núcleo de significado do mundo. A sociedade não existe como totalidade, mas como uma intersubjetividade que tem origem na ação primeira do indivíduo. Bourdieu (1983) não pretende simplesmente rejeitar o conhecimento objetivista, mas conseguir – uma vez explicitados seus limites – ultrapassá-lo.

O *habitus* tende a orientar a ação, mas na medida em que é produto das relações sociais ele tende a assegurar a reprodução dessas mesmas relações objetivas que o

engendraram. A interiorização, pelos atores, dos valores, normas e princípios sociais assegura, dessa forma, a adequação entre as ações do sujeito e a realidade objetiva da sociedade como um todo.

Tem-se aqui uma crítica à teoria da prática proposta tanto por Durkheim quanto por Weber: a possibilidade de a ação se exercer se encontra, assim, objetivamente estruturada sem que disso decorra obediência às regras, ou uma previsão consciente das metas a serem atingidas. Esta crítica procura estabelecer uma teoria da prática na qual o agente social é sempre considerado em função das relações objetivas que regem a estruturação da sociedade global.

A prática pode, assim, ser definida como produto da relação dialética entre a situação e um *habitus*, isto é, o *habitus* como sistema de disposições duráveis é matriz de percepção, de apreciação e de ação, que se realiza em determinadas condições sociais.

Abre-se, assim, a possibilidade de se estudar as relações existentes em um campo determinado e, por conseguinte, as estratégias dos agentes que o compõem e o sistema de transformação ou de conservação da sociedade global. O campo se particulariza como um espaço onde se manifestam relações de poder, o que implica afirmar que ele se estrutura a partir da distribuição desigual de um *quantum* social que determina a posição que um agente específico ocupa em seu seio.

Bourdieu (1983) denomina este *quantum* de capital social. A estrutura do campo pode ser apreendida tomando-se como referência dois polos opostos: o dos dominantes e o dos dominados. Por exemplo, no caso da ciência, o capital se refere à autoridade científica, a luta que se trava entre os agentes é uma disputa em torno da legitimidade da ciência. A estratégia dos agentes se orienta em função da posição que eles detêm no interior do campo, a ação se realizando sempre no sentido da maximização dos lucros. O ator tenderia, dessa forma, a investir em determinado tipo de capital, procurando sempre um meio de acumulá-lo o mais rapidamente possível. Não existe, pois, uma neutralidade de ações, pois toda realização pressupõe necessariamente uma série de interesses em jogo.

Considerando esses aspectos elucidados pela concepção de capital social de Bourdieu, pode-se utilizar esta teoria nos estudos das redes, como, por exemplo,

mapeando as relações entre indivíduos ou grupos, iniciando-se pelos contatos diretos, ou estudá-los a partir das variáveis de intensidade, tamanho, frequência e qualidade dos contatos.

Para Andrade e Vaitsman (2002), pensar uma sociedade em rede significa entendê-la na sua interdependência e policentrismo, em que as redes de relações entre as pessoas, formais ou informais, oferecem apoio social e contribuem no sentido de criar uma sensação de coerência e controle da vida, o que beneficiaria o estado de saúde das pessoas. Nesse sentido, o apoio social poderia ser um elemento a favorecer o empoderamento, processo no qual indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos.

O empoderamento, como processo e resultado, é visto como emergindo em um processo de ação social no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade social e pessoal e possibilitando a transformação de relações de poder. No nível individual, refere-se à habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controle sobre forças pessoais, sociais, econômicas e políticas para agir na direção da melhoria de sua situação de vida.

Na perspectiva de Bourdieu, as relações não são um dado natural, são construídas por meio de estratégias de investimento nas relações sociais, que podem ser utilizadas como fontes de benefícios. Torna-se clara então, a existência de dois elementos no capital social: as relações que permitem às pessoas aceder recursos, e a qualidade e quantidade dos mesmos (XIMENES, 2008).

Ximenes (2008) menciona que, ao se analisar a conformação das redes, deve-se recorrer aos seguintes conceitos fundamentais: os atores, o conjunto de pessoas agregadas em uma unidade social coletiva; os atributos individuais, tais como idade, sexo, profissão, formação; os laços relacionais, ou seja, o laço de ligação estabelecido entre os atores. Esse laço pode ser direcional, quando um ator é o transmissor e o outro é o receptor, e não direcional, quando a relação é recíproca. Neste estudo, dentro dessas premissas, consideraremos os idosos e suas famílias e as relações estabelecidas entre estes para o cuidado.

Se os atores envolvidos na rede de relações de apoio necessitam estar agregados em uma unidade social, esta deve estar ancorada no território, não apenas enquanto espaço, mas como a relação do espaço com os atores sociais.

Segundo Santos (1993), o território em que se vive é mais que um simples conjunto de objetos, mediante os quais se trabalha, circula, reside, mas também um dado simbólico. A linguagem regional faz parte desse mundo de símbolos e ajuda a cultura, sem a qual não se pode falar de territorialidade. Esta não provém do simples fato de se viver em um lugar, mas da comunhão que com ele se mantém.

O cuidado à saúde está diretamente vinculado ao território vivenciado pelo indivíduo e grupo social a que pertence e tem sido incorporado na Atenção à Saúde na perspectiva da construção de um novo Modelo de Atenção.

Este modelo prevê, conforme Ayres (2004), a ampliação do horizonte normativo, pelo qual são guiadas e julgadas as práticas de saúde, predominantemente à luz de tecnociências biomédicas modernas.

Para Ayres (2007), ao se conceber a saúde como um "estado" de coisas, e "completo", inviabiliza-se sua realização como horizonte normativo, já que este, a exemplo de qualquer horizonte, deve mover-se continuamente e não pode estar completo nunca, pois as normas associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente.

A experiência vivenciada pelos diversos atores está direta ou indiretamente ligada às relações sociais mantidas por eles e essas relações sociais influenciam e são influenciadas pelo estado de saúde, pelas condições socioeconômicas e pelo estilo de vida, entre outros.

Acerca disso, Andrade e Vaitsman (2002) referem que investigações vêm mostrando que a diminuição de relações sociais constitui um risco à saúde comparável a outros que são comprovadamente nocivos, tais como a obesidade, o fumo e o sedentarismo, os quais acarretam implicações clínicas para a saúde pública. Nos países em desenvolvimento, essa relação se torna clara, uma vez que as redes sociais são, com frequência, as únicas possibilidades de ajuda com que as comunidades carentes podem contar, além de ser o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana.

Consideram ainda que a condição de enfermidade, por si só, coloca os indivíduos diante de limitações, impedimentos e situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros, bem como abalam sua identidade. Muitas vezes, o enfermo experimenta fragilização da identidade, do próprio sentido da vida e da capacidade de resolver problemas que o afetam, já que tudo aquilo que organizava a identidade é alterado de forma brusca com a doença (ANDRADE E VAITSMAN, 2002)

Sobre este aspecto, Alves (1993) pondera que a experiência da enfermidade, em si mesma, desvela aspectos tanto sociais como cognitivos, tanto subjetivos (individuais) quanto objetivos (coletivos).

A questão-chave que deve ser colocada é como tornar "inteligível" o movimento pelo qual as práxis individuais e a generalidade do social se constituem e reconstituem entre si. Alves (1993) cita, ainda, que trabalhos realizados nos Estados Unidos, principalmente na década de 60, procuraram mostrar que o "comportamento enfermo", tendo com exemplo grupos sociais como judeus e italianos, assume formas diferenciadas.

Dois grandes modelos são encontrados nesses estudos: o individualista e o coletivista. O primeiro modelo tende a reduzir o comportamento humano perante a enfermidade a questões psicológicas. Por outro lado, o modelo coletivista enfatiza as diferenças nos valores e atitudes relacionados à doença como resultantes das diferenças entre as classes sociais, faixas etárias e etnias. Nessa abordagem coletivista, o papel dos fatores culturais torna-se a parte central da investigação. Assim, a doença deve ser vista também como uma alteração social e ser analisada pelo sistema leigo de referência, isto é, pelo corpo de conhecimentos, crenças e ações através do qual ela é definida pelos diversos grupos sociais. Tal sistema está baseado em premissas que diferem do modelo biomédico e é resultante de estruturas sociais específicas de cada sociedade.

Para Gerhardt (2006) compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença significa analisar suas práticas, a partir do contexto em que elas tomam forma, pois irá apresentar características próprias e especificidades.

É nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) organizadores da vida coletiva, que enquadram a vida biológica, e é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, suas ações, seus pensamentos são formatados por esse espaço social. Por outro lado, é necessário também considerar os idosos como atores sociais, definidos ao mesmo tempo por esse espaço social no qual se inserem e pela consciência de agir sobre esse espaço.

Monken e Barcellos (2005) referem que nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde de uma população, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território. O reconhecimento da dinâmica social, dos hábitos e costumes é de grande importância para a determinação de vulnerabilidades para a saúde humana, originadas nas interações de grupos sociais em determinados espaços geográficos.

O uso pleno do território como estratégia de análise sobre condições de saúde e intervenção pressupõe a identificação de objetos geográficos, sua utilização pela população e sua importância para o fluxo de pessoas e materiais, como alimentos, ferramentas e medicamentos. Para isso, é necessário o desenvolvimento de metodologias para o reconhecimento, em campo e mediante dados secundários, de objetos e suas formas, que são condições da ação e meios de existência do agir humano (MONKEN E BARCELLOS, 2005)

Assim, segundo Heidrich (1998), o território não é um dado natural, é uma construção. Isto por si já o diferencia de uma outra noção muito útil em geografia: o conceito de *espaço*, pois este não necessita de nenhuma construção para sua própria existência. O espaço, do ponto de vista estritamente físico, é o deslocamento de matéria e energia, e este deslocamento é que fundamenta a existência daquele. Dessa forma, a ocupação de uma posição, de um volume, por exemplo, significa o conjunto de características de espacialidade. Por isso, o conhecimento do espaço não comporta uma teoria do seu próprio funcionamento como um ser autônomo, mas como o *locus* da ocorrência de fenômenos que se relacionam.

Esta é a forma de apresentação do espaço geográfico, composta por dois ordenamentos: (a) as determinações universais, ligadas à constituição e à transformação

da natureza e (b) as determinações históricas, ligadas à constituição e à transformação das sociedades. Assim, do ponto de vista histórico-geográfico, que visa à explicação do espaço terrestre, sua diferenciação e organização, o fundamento de tal existência, dá-se pelo surgimento de uma nova condição: a *humanização do espaço*, que até então possuía determinações exclusivamente naturais.

Maldi (1997) ressalta que a categoria do espaço, pela sua universalidade e anterioridade histórica, provê o fundamento básico da própria sociedade. Nesse caso, a concepção de espaço resulta da representação que define os parâmetros de classificação, conforme a ideia que a sociedade faz de si mesma. A noção de território é uma representação coletiva, uma ordenação primeira do espaço. A transformação do espaço em território é um fenômeno de representação pelo qual os grupos humanos constroem sua relação com a materialidade, num ponto em que a natureza e a cultura se fundem. A noção de território, sem dúvida, é formada através do dado imediato da materialidade, mas esse é apenas um componente, já que todas as demais representações sobre o território são abstratas.

Santos (1999) define espaço como um conjunto indissociável, solidário e contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá. No começo era a natureza selvagem, formada por objetos naturais que, ao longo da história, foram substituídos. Hoje é um sistema de objetos cada vez mais artificiais, povoado por sistemas de ações.

Logo, percebe-se que houve uma diferenciação com o passar do tempo. Para Heidrich (1998) a diferenciação do espaço em âmbito histórico tem início a partir da delimitação do mesmo, isto é, por sua apropriação como *território*; em parte determinada pela necessidade de domínio e posse de recursos naturais – para a conquista das condições de sobrevivência – e, por outra parte, por sua ocupação física como habitat. Nesse instante, na origem, a defesa territorial é exercida diretamente pelos membros da coletividade.

Quando há uma população fixada territorialmente e socialmente organizada para a produção de riquezas, cada indivíduo não mantém mais uma relação de domínio direto e repartido com o restante da coletividade sobre o território que habita. Nesse momento,

a defesa territorial passa a ser realizada por uma configuração social voltada exclusivamente para a organização e a manutenção do poder. Faz parte desta mesma realidade a existência de (a) dominação social e de (b) divisão do trabalho; de (c) redução da extensão de território de uso comum, associada ao (d) surgimento de territórios – trechos, zonas, caminhos, etc. – de domínio público. É o momento no qual a apropriação do espaço e a organização do território passam a estar ligadas à produção de excedentes. Dessa forma, o que se pode destacar sobre a organização do espaço é o fato de sua origem ocorrer a partir do momento em que uma coletividade delimita e apropria-se de seu espaço, ou seja, cria uma primeira configuração: *o território* (HEIDRICH, 1998).

A expressão *território* vem sendo muito utilizada para se estudar o papel desempenhado pelo Estado no controle desse espaço e, também, para procurar estabelecer as relações entre classes sociais e espaço ocupado e dominado. Os especialistas em Teoria do Estado também costumam afirmar que o Estado se caracteriza por possuir três elementos essenciais: o território, o povo e o governo, enquanto a nação é caracterizada pela coexistência do território e do povo, mesmo inexistindo governo e, consequentemente, o Estado (SANTOS, 2006).

O território existe tão-somente quando se define uma relação de apropriação (mais que domínio) das condições naturais e físicas, por uma determinada coletividade; e uma organização das relações, de modo a particularizar a coletividade humana como uma comunidade. Estabelece-se então, diferenciada de outras e pelo mesmo critério, a delimitação do acesso, do domínio e da posse ao interior da comunidade constituída (HEIDRICH, 1998).

O território nasce com dupla conotação (material e simbólica), pois etimologicamente aparece tão próximo de *terra-territorium* quanto de *terreo-territor* (terror, aterrorizar), ou seja, relaciona-se com a dominação da terra e com a inspiração do terror, do medo – especialmente para aqueles que, com esta dominação, ficam alijados da terra, ou no "territorium" são impedidos de entrar. Assim, território relaciona-se com poder, mas não apenas ao tradicional "poder político". Ele diz respeito

tanto ao poder no sentido mais concreto, de dominação, quanto ao poder no sentido mais simbólico, de apropriação (HAESBAERT, 2005).

Haesbaert (2005) cita que Milton Santos prefere distinguir o território como recurso, prerrogativa dos "atores hegemônicos", e o território como abrigo, dos "atores hegemonizados". Todo território é, ao mesmo tempo e obrigatoriamente, em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois exercemos domínio sobre o espaço tanto para realizar "funções" quanto para produzir "significados". O território é funcional a começar pelo território como recurso, seja como proteção ou abrigo ("lar" para o nosso repouso), seja como fonte de "recursos naturais" – "matérias-primas" que variam em importância de acordo com o modelo de sociedade vigente.

Segundo Santos (1999), o território é a arena da oposição entre mercado e técnicas da produção, a organização da produção, a geografia da produção e a sociedade civil, e desse modo envolve, sem distinção, todas as pessoas. O território é suporte de redes que transportam as verticalidades, isto é, as regras e normas egoísticas e utilitárias, enquanto as horizontalidades levam em conta a totalidade dos atores e das ações.

Para Haesbaert (2005), existem dois grandes "tipos ideais" ou referências "extremas" frente aos quais podemos investigar o território, um mais funcional, outro mais simbólico. Enquanto "tipos ideais", eles nunca se manifestam em estado puro, ou seja, todo território "funcional" tem sempre alguma carga simbólica, por menos expressiva que ela seja, e todo território "simbólico" tem sempre algum caráter funcional, por mais reduzido que ele seja. Num esquema genérico, podemos caracterizá-los conforme o Quadro 1:

Quadro 1 - Tipos ideais de investigação do território

Território Funcional	**Território Simbólico**
Processos de dominação	Processos de apropriação
"Territórios da desigualdade"	"Territórios da diferença"
Território sem territorialidade (empiricamente impossível)	Territorialidade sem território (ex. "terra prometida" dos judeus)
Princípio da exclusividade	Princípio da multiplicidade

Território como recurso, valor de troca (controle físico, produção, lucro)	Território como símbolo, valor simbólico (“abrigo”, “lar”, segurança afetiva)

Fonte: Haesbaert, 2005

É fundamental perceber a historicidade do território, sua variação conforme o contexto histórico e geográfico. Os objetivos dos processos de territorialização, ou seja, de dominação e apropriação do espaço, variam muito ao longo do tempo e dos espaços. Haesbaert (2005), simplificadamente, define em quatro grandes “fins” ou objetivos da territorialização, acumulados e distintamente valorizados ao longo do tempo:

1- abrigo físico, fonte de recursos materiais ou meio de produção;

2 - identificação ou simbolização de grupos através de referentes espaciais (a começar pela própria fronteira);

3 - disciplinarização ou controle através do espaço (fortalecimento da ideia de indivíduo através de espaços também individualizados);

4 - construção e controle de conexões e redes (fluxo, principalmente fluxo de pessoas, mercadorias e informações).

Antes, porém, de uma sujeição plena ao território, e de este se caracterizar como recurso pelo qual se exerce o domínio e o controle social, surge a territorialidade. Ao território se chega pelo desenvolvimento dessa relação. Aliás, isto é importante: o território é, antes de tudo, uma relação que envolve apropriação, domínio, identidade, pertencimento, demarcação, separação. E, se apenas parte dessas características está presente, creio que podemos considerar a ocorrência do seu princípio, ou seja, do princípio da territorialidade (HEIDRICH, 2004).

Conceitualmente, Maldi (1997) não dissocia território de territorialidade, quando territorialidade é um fenômeno de comportamento associado à organização do espaço em esferas de influência ou em territórios nitidamente delimitados, que assumem características distintas e podem ser considerados, pelo menos em parte, exclusivos de quem os ocupa e de quem os define. A territorialidade pode ser definida como as formas

de controle exercidas por um grupo sobre uma determinada área, o território. No seu limite, a territorialidade é a inter-relação entre espaço e sociedade.

Para Heidrich (2004), a mais primordial ação humana que envolve a manifestação do princípio de territorialidade é a ocupação, que implica no fato geográfico, em termos de espaço absoluto e relativo. Assim, se em determinado espaço surgem localizações diversas, o fato em si já implica na condição relacional, mesmo que a efetivação desta seja pelo estranhamento.

Haesbaert (2005, p. 9) acrescenta que a territorialidade, além de incorporar uma dimensão estritamente política, diz respeito também às relações econômicas e culturais, pois está "intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar".

Enquanto "continuum" dentro de um processo de dominação e/ou apropriação, o território e a territorialização devem ser trabalhados na multiplicidade de suas manifestações – que é também e, sobretudo, multiplicidade de poderes, neles incorporados através dos múltiplos agentes/sujeitos envolvidos. Assim, devemos primeiramente distinguir os territórios de acordo com os sujeitos que os constroem, sejam eles indivíduos, grupos sociais, o Estado, empresas ou instituições como a Igreja, por exemplo. As razões do controle social pelo espaço variam conforme a sociedade ou cultura, o grupo e, muitas vezes, o próprio indivíduo. Controla-se uma "área geográfica", ou seja, o "território", visando "atingir/afetar, influenciar ou controlar pessoas, fenômenos e relacionamentos" (HAESBAERT, 2005, p. 6776).

Nas sociedades políticas, ao mesmo tempo atuam forças aglutinadoras, que integram a sociedade numa mesma realidade, e diferenciadoras, que a segmentam (Quadro 2). As sociedades políticas são plurais e se distinguem claramente das comunidades unidas por laços consanguíneos e afetivos, nas quais também é comum o poder se constituir à base de uma estrutura doméstica. Enquanto na comunidade vigora o interesse comum, na situação de sociedade manifestam-se divergências ou pluralidade de interesses. Não é sem razão esta realidade ser aquela em que a esfera pública ganha enorme importância, em que os conflitos e interesses passam a ser mediados por discursos e ação política voltados para uma generalidade (HEIDRICH, 2004).

Quadro 2: Fatores atuantes na integração socioespacial

		Forças / Dinâmicas	
		Integração	Segmentação
Dimensões	Espacial	Integração econômica e territorial	Regionalismos e regionalidades
	Social	Códigos civis, desenvolvimento da esfera pública	Diferenças e conflitos sociais

Fonte: Heidrich, 2004.

Conforme Heidrich (2004), em relação às forças antagônicas que atuam na integração socioespacial, há uma contradição elementar entre classes sociais e outra no seio da própria classe dominante. Esta última pode assumir o aspecto de uma crise que envolve setores econômicos ou o aspecto de um conflito regional, quando numa região for definida uma forma singular do interesse geral da nação, quando, mesmo a favor da reprodução econômica em sua generalidade, se opuser uma feição particular da mesma. Interesses territoriais diferenciados em relação aos da nação podem ser entendidos ora como uma diversidade espacial nas formas de reprodução econômica, ora como um estabelecimento de "subdomínio" no território nacional.

São, em síntese, dois campos do poder social: a dominação social e o poder político, que podem ser apontados como razão e origem da questão regional. Considerando-se a diversidade espacial da reprodução econômica, a região tem sido vista como produto do desenvolvimento espacial desigual do processo de acumulação e seus efeitos nas relações sociais, à medida que engendra abandono e inserção de áreas, além da reestruturação da divisão territorial do trabalho. Desse modo, o regionalismo consiste em reivindicação territorial relacionada diretamente à questão política e não necessariamente ligada à diferenciação das formas assumidas pela dominação social ou à expressão territorial da acumulação.

Monken e Barcellos (2005) entendem que uma proposta de identificação dos territórios de vida dos grupos sociais e suas práticas cotidianas deve ter como ponto de partida o mapeamento dos percursos e fluxos diários, as interações e a malha de redes de

relações sociais, que serão úteis para trabalhar os determinantes de saúde, sendo base para atender às necessidades e aos problemas de saúde de populações. Alguns elementos de dimensão espacial devem ser destacados nessa abordagem. De acordo com os mesmos autores, os objetos (fixos) e as ações (fluxos) no espaço produzem elementos espaciais básicos para a vida cotidiana, que realizam o diálogo da pessoa com o mundo, estabelecendo, com isso, uma conexão materialística de uma pessoa com a outra. Estruturam-se, assim, as seguintes dimensões espaciais do cotidiano:

• os **percursos** podem ser objetos geográficos que propiciam as ações e os seus diversos fluxos de matéria e pessoas, como estradas, vias de pedestres, linhas de transportes públicos, canais de navegação, ferrovias, ruas e becos;

• por **barreiras físicas ou margens** devem ser entendidas as interrupções lineares de continuidades, ou fronteiras físicas dos objetos, não utilizadas como percursos pelos indivíduos e grupos sociais, mas que canalizam as ações num sentido ou noutro. Por exemplo, margens de rios, de grandes avenidas, margens de desenvolvimento de construções, de prédios, muros e rugosidades naturais diversas do terreno;

• por **nós** devem ser entendidos os pontos em direção aos quais e a partir dos quais o indivíduo se movimenta: agem em fase de concentração – uma praça, a esquina – e de conjunção – os cruzamentos das estradas, os portos e os aeroportos, os caminhos etc.. A ideia de nó está intimamente relacionada à de percurso, podendo este também ser compreendido como ponto ou estação onde as interações sociais convergem para objetos (fixos) que detêm uma determinada tipologia de ações (fluxos);

• a ideia de **estação,** portanto, ajuda no entendimento proposto; é o lugar ou ponto de parada onde a mobilidade física das trajetórias dos agentes e de materialidades é suspensa ou reduzida nos encontros ou nas ocasiões sociais. O lugar em que se estabelece o nó é onde acontece a interseção de atividades de diferentes indivíduos. Pode ser um espaço para a produção, o comércio ou para os serviços, o exercício do lazer, da cultura e da religião, ou de associativismos diferenciados.

Nesses movimentos, as características dos cenários e do conjunto de objetos são usadas rotineiramente para dar o conteúdo à interação. A concentração da vida social em

determinados locais está intimamente ligada a uma especificidade do ser social, ou seja, aglomera ou acumula as suas atividades em torno de centros ou nós geográficos passíveis de serem identificados. Essas dimensões espaciais ordenadoras, e ao mesmo tempo ordenadas, pelo uso dado ao território, estruturam materialmente o espaço através dos objetos e ações que configuram contextualidades, cujas regras e recursos para utilização do território são apropriados pela população nas práticas sociais da vida cotidiana (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

Essas ações fazem parte das redes de relações. Marques (2007) cita o conceito dado por Claude Raffestin, no qual uma rede é um sistema de linhas que desenham tramas capazes de assegurar a comunicação entre os indivíduos e grupos que dela fazem parte. Mas, ao mesmo tempo em que criam aproximações, vizinhanças, acessos e convergências, elas também podem proporcionar rupturas e distanciamentos entre esses mesmos indivíduos e grupos. Assim, para ele, as redes impõem limites, pois se estruturam em uma base relacional, que coloca atores em contato, evidenciando tensões e conflitos. Ao mesmo tempo, as redes permitem que os cidadãos teçam laços de solidariedade a partir dos pontos ou nós que marcam suas posições.

Andrade e Vatisman (2002) mencionam que embora o conceito de rede seja utilizado para fazer referência a distintas realidades, apresenta, no entanto, como ideia comum, a imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar a imagem de uma teia. Por intermédio dos estudos das redes pode-se, por exemplo, mapear as relações entre indivíduos ou grupos, iniciando-se pelos contatos diretos, ou estudá-los a partir das variáveis como intensidade, tamanho, frequência e qualidade dos contatos. Pensar uma sociedade em rede significa entendê-la na sua interdependência.

Por sua vez, Milton Santos (2007) afirma que as redes apresentam um caráter social e político determinado pelas pessoas, mensagens e valores que as frequentam. Ele também ressalta o fato de que os suportes das redes encontram-se, agora, parcialmente no território e também nas articulações possibilitadas pelas novas tecnologias de informação e de comunicação. Segundo ele, as redes somente se tornam concretas, isto é, reais, efetivas e historicamente válidas, quando utilizadas no processo da ação. Por isso, são os atores cívicos e políticos, em suas trocas de argumentos, em seus diálogos,

aproximações e conflitos, que dão vida às redes. Neste sentido, as redes só funcionam, ou só se realizam, se contiverem, em seus nós, sujeitos capazes de agir de maneira integrada e cooperativa, porém conflitiva, com os outros.

Esta compreensão permite perceber a importância do modelo das redes para um determinado território. Para Marques (2007), as redes permitem que atores com papéis e *status* bem diferentes possam opinar e/ou participar da formulação de um projeto ou de uma política em função das relações interpessoais tecidas de modo desvinculado das regras que regem as relações entre atores institucionais.

Marques (2007) estabelece duas ressalvas a serem feitas. A primeira diz respeito às assimetrias de poder existentes na sociedade. É sabido que nem todos os atores têm habilidades, conhecimentos e influência necessários para participar de processos de discussão pública. Atores marginalizados sofrem também com um tipo de pobreza política que impõe obstáculos à sua participação nesses processos. Por sua vez, a segunda ressalva relaciona-se ao fato de que nem sempre agentes institucionais levam em conta as redes de conversação cotidiana criadas por tais atores quando colocam em prática políticas sociais que visam a minimizar os efeitos de injustiças sociais e econômicas. Considerá-las deveria ser tarefa primordial, pois essas redes são capazes de redimensionar, questionar e mesmo promover mudanças no roteiro de atuação de atores políticos e institucionais.

Cabe salientar, segundo Marques (2007), que a concepção de redes pode ser definida como a interseção entre os múltiplos lugares de pertencimento e relacionamento de um indivíduo – os mundos sociais, culturais, políticos, religiosos etc. –, os quais definem seu sistema de ação, ou seja, o conjunto de normas de ação às quais ele poderá recorrer de acordo com as circunstâncias. Nessa perspectiva, o ponto de partida metodológico de uma análise que envolve o conceito de redes é a primazia das relações sobre as características individuais, em que o contexto das relações interpessoais intervém sobre os indivíduos, transformando-os.

A conformação das redes sociais irá influenciar o "*quantum*" de apoio social mobilizado para o enfrentamento de problemas relacionados às situações do cotidiano, incluindo os problemas de saúde. As trocas estabelecidas na rede social podem ser ajuda

material, prestação de serviços ou aconselhamento e companhia nas atividades de lazer. Muitas vezes, as redes sociais proporcionam acesso a recursos não oportunizados pelo Estado ou pelo mercado, caracterizando um princípio de dádiva e reciprocidade. O modo como se processa o acesso a esses recursos está intimamente ligado à forma das redes, sejam elas constituídas por laços fortes ou fracos, por laços de parentesco, restrito ou alargado, implicando diferentes resultados no acesso aos recursos, na satisfação das necessidades e no enfrentamento das dificuldades ou situações de risco (GERHARDT *et al,* 2008).

Valla (1999) define apoio social como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o recipiente quanto para quem oferece o apoio, dessa forma permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas.

Retomando Andrade e Vatisman (2002), quando dizem que as relações sociais têm tanto efeito sobre a saúde das pessoas quanto o fumo, por exemplo, Valla (1999) também refere que o apoio social exerce efeitos diretos sobre o sistema de imunidade do corpo, ou como "amortecedor" (*buffer*), no sentido de aumentar a capacidade de as pessoas lidarem com o estresse. Outro possível resultado do apoio social seria sua contribuição geral para a sensação de coerência da vida e o controle sobre a mesma, que, por sua vez, afeta o estado de saúde de uma pessoa de forma benéfica.

Inversamente, então, poder-se-ia dizer que, quando o apoio social diminui, o sistema de defesa é afetado, fazendo com que o indivíduo se torne suscetível à doença. Em momentos de muito estresse, o apoio social contribui para manter a saúde das pessoas, pois desempenha uma função mediadora. Assim, permite que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados acontecimentos, como, por exemplo, a morte de alguém da família, a perda da capacidade de trabalhar, ou um despejo da casa onde se residiu por muitos anos. Uma decrescente oportunidade com outras pessoas ou de participar no processo de tomada de decisões pode ter o efeito

de contribuir para um diminuído sentido de controle, que, por sua vez, afeta a morbidade e a mortalidade (VALLA, 1999).

Valla (1999) levanta a hipótese de que, no caso de algumas enfermidades, lugares de alta densidade populacional não aumentam a suscetibilidade à doença por causa da densidade em si. Uma sensação de não poder controlar sua própria vida, juntamente com a sensação de isolamento, pode ser relacionada com o processo de saúde-doença. A proposta do apoio social sugere que as consequências dos problemas sociais, como desemprego e violência, por exemplo, não necessariamente afetam da mesma forma todas as pessoas neles envolvidas.

O apoio disponível de determinadas organizações sociais pode influir beneficamente, no sentido de proporcionar fatores de proteção contra o aparecimento de doenças, oferecendo melhorias de saúde física, mental e emocional. Trata-se da noção de "empoderamento" (*empowerment*), isto é, um processo pelo qual indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos. Sobre o conceito de empoderamento, Andrade e Vatisman (2002) salientam que o efeito do apoio social seria a sua contribuição no sentido de criar uma sensação de coerência e controle da vida, o que beneficiaria o estado de saúde das pessoas.

Valla (2000) acrescenta termos como "redes sociais" e "poder" se relacionam mais com as formas com que as classes populares se defendem e como buscam sua sobrevivência diante de quem as domina. Trata-se de uma postura de defesa e, neste sentido, as classes populares se preocupam com que a justiça seja feita mais do que alcançarem o poder. As redes sociais das quais as classes populares participam já existem e o poder que buscam é o de se defender deste capitalismo dito "selvagem" buscando, assim, sua sobrevida.

Conforme Bellato *et al* (2009), as redes para o cuidado em saúde dão sustentação e apoio à experiência do adoecimento. Os serviços de saúde produzem e disponibilizam cuidados seguindo sua própria lógica e atendem, de certo modo, às necessidades de saúde, porém a mobilização dessas redes segue uma coerência que permeia o modo como o adoecimento e a busca dos cuidados foram interpretados pela pessoa e sua família.

Entendem ainda que, à apreensão dessas vivências das pessoas e famílias, emergem interpretações e sentidos tecidos no processo, pois apesar de as pessoas compartilharem crenças e valores socialmente construídos, é característico que essa teia de significados seja constantemente reestruturada ao longo do processo de adoecimento (BELLATO *et al,* 2009)

Scherer-Warren (1999) discute que a noção de rede vem sendo empregada de forma crescente pelos atores coletivos dos movimentos sociais, como conceito propositivo com atributos ideológicos e simbólicos. Essa ideia de rede como conceito propositivo utilizado por atores coletivos e movimentos sociais refere-se a uma estratégia de ação coletiva, sendo uma nova forma de organização e de ação. Para Scherer-Warren (2006) a sociedade civil é a representação de vários níveis de como os interesses e os valores da cidadania se organizam em cada sociedade para encaminhamento de suas ações em prol de políticas sociais e públicas, protestos sociais, manifestações simbólicas e pressões políticas. Esses níveis, presentes na sociedade brasileira na atualidade, podem ser genericamente tipificados da seguinte maneira:

- O *associativismo local*, como as associações civis, os movimentos comunitários e sujeitos sociais envolvidos com causas sociais ou culturais do cotidiano ou voltados a essas bases,
- As *formas de articulação inter-organizacionais,* dentre as quais se destacam os fóruns da sociedade civil, as associações nacionais de ONGs e as redes de redes, que buscam se relacionar entre si para o empoderamento da sociedade civil, representando organizações e movimentos do associativismo local. É através dessas formas de mediação que se dá a interlocução e as parcerias mais institucionalizadas entre a sociedade civil e o Estado.
- As *mobilizações na esfera pública* são fruto da articulação de atores dos movimentos sociais localizados, das ONGs, dos fóruns e redes de redes, mas buscam transcendê-los por meio de grandes manifestações nas praças públicas, incluindo a participação de simpatizantes, com a finalidade de produzir visibilidade através da mídia e efeitos simbólicos para os

> próprios manifestantes (no sentido político-pedagógico) e para a sociedade em geral, como uma forma de pressão política das mais expressivas no espaço público contemporâneo.

Conforme Machado (2007), em virtude das mudanças no contexto político, os movimentos sociais passaram a desempenhar importantes papéis como catalisadores de demandas sociais não contempladas pelo Estado – seja através das políticas públicas, seja através da falta de reconhecimento de tais atores sociais como atores políticos.

Como resultado de todo esse processo articulatório vai se constituindo o que denominamos, enquanto conceito teórico, *rede de movimento social.* Esta pressupõe a identificação de sujeitos coletivos em torno de valores, objetivos ou projetos em comum, os quais definem os atores ou situações sistêmicas antagônicas que devem ser combatidas e transformadas (SCHERER-WARREN, 2006).

Em outras palavras, o movimento social, em sentido mais amplo, se constitui em torno de uma identidade ou identificação, da definição de adversários ou opositores e de um projeto ou utopia, num contínuo processo em construção, e resulta das múltiplas articulações acima mencionadas. A ideia de *rede de movimento social* é, portanto, um conceito de referência que busca apreender o porvir ou o rumo das ações de movimento, transcendendo as experiências empíricas, concretas, datadas, localizadas dos sujeitos/atores coletivos (SCHERER-WARREN, 2006).

É nesta diversidade de formas de redes que se buscou compreender como estas estão estruturadas em comunidades do território rural para o apoio social à saúde dos idosos tomando-se o envelhecimento como um processo de mudança relacionada ao tempo, que começa ao nascimento e segue por toda a vida e a maneira como este é encarado de acordo com os aspectos sócio-culturais dos grupos e acesso aos serviços de saúde.

O segmento idoso da população brasileira cresce desde a década de 60, segundo Chaimowicz (1997), um fenômeno que atinge a todas as camadas sociais, tanto no meio rural quanto no meio urbano. O índice de envelhecimento da população em 1960 era de 6,4 e alcançou 13,4 em 1991, revelando um aumento superior a 100% em apenas três décadas. Se no início do século a proporção de indivíduos que conseguia alcançar os 60

anos se aproximava de 25%, em 1990 ela superava 78% entre as mulheres e 65% entre os homens; a esperança de vida ao nascer então já ultrapassava os 65 anos.

Chaimowicz (1997) indica ainda que em indivíduos maiores de 60 anos a predominância de óbitos relacionados às doenças crônico-degenerativas é evidente. No Brasil, em 1990, mais de metade dos óbitos de idosos teve como causa doenças do aparelho circulatório e 15% as neoplasias. De um modo geral, indivíduos idosos são portadores de múltiplos problemas médicos coexistentes, estando em destaque condições crônicas como: osteoartrite, dispnéia ao esforço, diminuição da acuidade visual e auditiva, dificuldade para dormir, hipertensão e suas complicações cardiovasculares, diabetes, asma, risco de queda e doenças reumáticas.

Essas condições crônicas se devem a alterações que acontecem no processo de envelhecimento, traduzidas por válvulas cardíacas espessas e rígidas; músculo cardíaco e artérias com perda de elasticidade; eficiência diminuída dos músculos respiratórios; proteção diminuída contra o trauma e exposição ao sol; proteção diminuída contra os extremos de temperatura; perda da densidade óssea; perda da força muscular, dentre outras alterações nos diversos sistemas do corpo humano (SMELTZER e BARE, 2002).

Estas mudanças são percebidas subjetivamente pelos idosos, que apresentam queixas de fadiga com atividade aumentada, dificuldade de expectorar secreções, queixas de lesões, escoriações e queimadura solar, intolerância ao calor, diminuição da altura, propensão a fraturas; queixa de dor nas costas e perda da força, flexibilidade e resistência (SMELTZER e BARE, 2002).

Assim, com a ocorrência dessas alterações, o idoso fica propenso a doença de Alzheimer, tonteira, quedas, incontinência urinária, diabetes, doenças cardiovasculares e osteomusculares. Além disso, a resposta à doença é alterada, com aumento da suscetibilidade a infecções, diminuição da resposta à dor e febre, gerando uma resposta sistêmica diferenciada do adulto jovem (SMELTZER e BARE, 2002).

Devido a essas complicações, torna-se muito comum a utilização de termos como fragilidade e dependência, no cuidado à saúde dos idosos. Conforme Caldas (2003), o termo “dependência” liga-se a um conceito fundamental na prática geriátrica: a “fragilidade”. A fragilidade é definida como uma vulnerabilidade que o indivíduo

apresenta aos desafios do próprio ambiente. Essa condição é observada em pessoas com mais de 85 anos ou naquelas mais jovens que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzem sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco.

A prevalência de patologias crônicas nesse grupo etário faz com que a abordagem aos idosos necessite ser mais abrangente e melhor avaliada, já que as doenças crônicas podem ser incapacitantes ou não. Isto pode gerar diferentes tipos de incapacidade e a dependência pode ser leve, parcial ou total. É exatamente o grau de dependência que determina os tipos de cuidados que serão necessários (CALDAS, 2003).

Segundo Karsch (2003), a frequência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades. A prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o sistema de saúde instalado no Brasil.

Os idosos contam especialmente no meio urbano, com organismos formais que atuam na proteção aos seus direitos. Essas instituições pertencem às esferas federal, estadual, municipal e algumas organizações não governamentais, que atuam com projetos de desospitalização, capacitação de profissionais e treinamento de cuidadores. A rede informal de apoio ao idoso é formada pelos familiares que, muitas vezes, em suas mais diversas gerações, convivem na mesma casa ou em espaços muito próximos à residência do idoso. Essa rede também inclui a família estendida, em que os familiares residem em casas separadas ou muito distantes, o que não significa o rompimento de relações, e a família modificada, na qual além dos integrantes do núcleo familiar incluem-se amigos íntimos e vizinhos. Além da família, os idosos, muitas vezes,contam com os amigos e conhecidos residentes próximos a eles, as lideranças comunitárias e os grupos de idosos (Souza *et al*, 2008).

Neste contexto, os cuidadores dos idosos podem ser formais ou informais, ou ainda podem ser cuidadores principais e secundários, e o tipo de cuidador requerido para cada idoso depende da situação de saúde deste e das redes de apoio que este mantém.

Nesses termos, a designação da pessoa que preferencialmente assume os cuidados pessoais ao idoso incapacitado: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente a mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos) (KARSCH, 2003).

Smeltzer & Bare (2002) mencionam que o envelhecimento bem-sucedido se reflete na capacidade de a pessoa idosa se adaptar às perdas físicas, sociais e emocionais e de conseguir contentamento, serenidade e satisfação na vida. Como as mudanças no padrão de vida são inevitáveis ao longo da existência, a pessoa idosa necessita de habilidades de flexibilidade e enfrentamento quando se confronta com estresse e mudanças. Uma autoimagem positiva estimula a aceitação do risco e a participação em novas e desconhecidas funções.

Apesar de as atitudes em relação às pessoas idosas serem diferentes em cada cultura, a discriminação a esse grupo predomina na sociedade urbana. Frequentemente este preconceito se baseia em estereótipos e crenças reducionistas, quase sempre inverídicas, que reforçam a imagem negativa da pessoa idosa para a sociedade.

Entretanto, Uchôa (2003) cita seu trabalho realizado em 1988, com os *Bambara* do Mali, grupo africano que considera a velhice uma conquista. Para esse grupo, o envelhecimento é concebido como um processo de crescimento que ensina, enriquece e enobrece o ser humano. Ser velho significa ter vivido, ter criado filhos e netos, ter acumulado conhecimento e ter conquistado, através dessas experiências, um lugar socialmente valorizado. A própria autora considera que os *Bambara* constituem um exemplo atual da situação privilegiada dos idosos, mesmo quando comparados a outras sociedades africanas. Para os *Bambara*, a idade é um elemento determinante da posição de cada indivíduo na sociedade. Toda a vida social é organizada segundo o princípio da senioridade. Considera-se que os mais velhos estão mais próximos dos ancestrais e, por esta razão, detêm a autoridade. Respeito e submissão marcam o conjunto de atitudes e comportamentos dos mais jovens para com os mais velhos.

Deve-se considerar qual posição o idoso ocupa no grupo, pois o cuidado com a saúde irá permear todo o processo da experiência da doença, sendo este, portanto, uma construção cultural que conjuga normas de conduta, valores e expectativas tanto

individuais quanto coletivas e se expressa em formas específicas de pensar e agir. Trata-se de investigar lógicas culturais subjacentes à identificação de problemas e às tentativas de resolução desses problemas, assim como dos diversos elementos do contexto (pessoal, social, e econômico) que podem influenciar na tradução dessas lógicas em comportamentos concretos (UCHÔA, 2003).

Para o estudo das redes de apoio no cuidado com a saúde dos idosos, é considerada a noção de território, enquanto espaço social, pois segundo Heidrich (2004) o espaço constitui-se em um campo de relações, posto que se está falando da existência de coisas ou seres que estão em algum lugar e podem ser comparáveis. Por isso, a realidade do espaço é pertinente às relações entre objetos e ações. O olhar para essas redes é o capital social de Bourdieu, segundo o qual as pessoas tendem a investir em determinado tipo de capital social, procurando sempre um meio de acumulá-lo o mais rapidamente possível, não existindo, portanto, neutralidade de ações, pois toda realização pressupõe necessariamente uma série de interesses em jogo.

A partir dos fatos observados pela pesquisadora em campo, dos relatos dos sujeitos nas entrevistas, baseando-se na percepção das redes de relações, no espaço rural e no capital social das famílias dos idosos sujeitos desta pesquisa no distrito de Joselândia, buscou-se compreender em que se ancoram as redes de apoio social para a saúde e o cuidado com os idosos.

1.2. OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

1.2.1. Tipo de Pesquisa

A pesquisa valeu-se da abordagem qualitativa e foi escolhida e justifica-se por ser considerada uma forma mais adequada para entender a natureza de um fenômeno social (Richardson, 1999) aprofundando-se no mundo dos significados das ações e relações humanas. Neste sentido, Alves e Minayo (1994) acrescenta que a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais

profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Quanto aos seus objetivos, trata-se de um estudo descritivo por que expõe características de determinada população (grupo de idosos de Joselândia) ou fenômeno (rede de apoio social à saúde) e, também, exploratório por realizar-se em área e sobre questões dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado (Tobar e Yalour, 2001; Gil, 1999).

1.2.2. Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em duas comunidades do Distrito de Joselândia - município de Barão de Melgaço- MT, o qual vem sendo contemplado por vários estudos inseridos numa pesquisa mais ampla intitulada "Vigilância e Promoção à Saúde de Populações no Entorno da Reserva Particular do Patrimônio Natural do SESC – Pantanal" (PIGNATTI, *et al,* 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008) integrando, por sua vez, o Programa Ecológico de Longa Duração (PELD – Pantanal - 2002-2012 CNPQ/UFMT). Tais pesquisas tomam como pressuposto o conceito ampliado de saúde e qualidade de vida e enfocam o modo de vida, o ambiente e as especificidades relacionadas às condições de saúde daquele Distrito.

Entre as oito pequenas comunidades que compõem o Distrito de Joselândia, optou-se por selecionar moradores das comunidades de São Pedro (sede do Distrito) e Retiro de São Bento por apresentarem um maior número de idosos, apontado em inquéritos anteriores e a facilidade de acesso. São Pedro tem uma maior concentração espacial de moradias (cerca de 93 moradias), sendo que a roça para o plantio situa-se distante e conta com igrejas, uma unidade de Saúde, cartório, além de certa variedade de estabelecimentos comerciais (bares e mercearias). O Retiro São Bento dista 10 Km de São Pedro, possui cerca de 20 moradias que são dispersas no interior das roças e possui apenas uma escola e uma mercearia.

1.2.3. Sujeitos da Pesquisa: Critérios de Seleção, Identificação e Número de Idosos Participantes

Por requerer uma seleção intencional, optou-se em trabalhar com idosos por considerar que apresentam as melhores condições de explicitação da questão que se queria investigar (Victora et al, 2000), pois este grupo encontra-se numa fase de desgaste natural pela idade que imprime uma fragilidade que pode ser exacerbada e acelerada ou amenizada pelas condições de vida e pela estrutura e dinâmica da rede de apoio social na qual se insere. Assim, os idosos requerem cuidados permanentes para manter ou promover a saúde bem como quando apresentam alguma enfermidade ou condição crônica (hipertensão, diabetes, etc) o que é comum ocorrer com o avançar da idade.

Foi considerada idosa, a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, sendo critério de exclusão a incapacidade de comunicação ou apresentar complicações crônicas de enfermidades que comprometessem totalmente a sua autonomia.

Como se trata de idosos moradores em comunidades rurais, deparou-se com dificuldade para identificá-los, uma vez que a fonte de dados populacionais do Censo do IBGE não detalha o endereço; as comunidades são afastadas da sede São Pedro; as propriedades são distantes umas das outras; as residências não são numeradas e não há cadastro sistematizado no serviço de saúde local. Diante disso, partiu-se para uma consulta aos dados de um questionário sobre perfil socioeconômico e morbidade referida, anteriormente aplicado nos moradores de 85 residências do Distrito de Joselândia, distribuídos nas comunidades de São Pedro, Retiro São Bento, Pimenteira Lagoa do Algodão, Colônia Santa Izabel e Capoerinha (PIGNATTI e CASTRO, 2007). Assim, obteve-se a identificação dos idosos e a localização das respectivas moradias nas duas localidades eleitas, perfazendo um total inicial de trinta e quatro (34) potenciais participantes, considerado suficiente e ao tipo de estudo.

Deste total, na primeira visita exploratória ao campo (de 15 a 17 de julho de 2008) foi possível localizar 16 idosos pertencentes a 11 famílias, observando-se que os demais idosos faleceram ou se mudaram para outras regiões do Distrito de Joselândia ou mesmo para outras cidades do estado como Cuiabá, Poconé e Rondonópolis.

1.2.4. Coleta dos Dados: Conteúdos, Técnicas, Instrumentos Utilizados

A entrevista é uma técnica privilegiada para a coleta de dados na pesquisa qualitativa que, segundo Haguette (2007), consiste de um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas – o entrevistador – tem como objetivo a coleta de informações sobre o entrevistado. Estas informações são obtidas através de um roteiro de entrevista contendo uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com a problemática central e os objetivos definidos no estudo.

As entrevistas foram norteadas por dois instrumentos:

a) roteiro estruturado para caracterização socioeconômica da família do idoso (Apêndice 01), aplicado pela pesquisadora e gravado em fita cassete;

b) roteiro semi-estruturado (Apêndice 02) também conduzido pela pesquisadora junto aos idosos e gravado em fita cassete, elaborado a partir dos objetivos do estudo.

A observação do cotidiano das famílias e a dinâmica das suas relações, porém restrita aos momentos das entrevistas e ao período de permanência da pesquisadora na localidade. Há de considerar, ainda, as conversas "informais" mantidas com a população sempre com a intenção de proporcionar melhor conhecimento do contexto da pesquisa.

Devido às dificuldades de permanência no local por muito tempo as características da dinâmica social local foram, em grande parte, apreendidas pela consulta aos estudos anteriores recentes realizados no Distrito de Joselândia (PIGNATTI, *et al,* 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008). Esta estratégia permitiu otimizar o tempo disponível para o trabalho de campo, evitando levantamentos de informações que já se encontravam disponíveis e de boa qualidade.

Foram feitos, também, registros fotográficos para ilustrar as particularidades locais de forma complementar a sua descrição.

Em todas as etapas utilizou-se o diário de campo, no qual a pesquisadora registrou suas impressões, reflexões e informações consideradas relevantes para a compreensão do objeto de estudo.

1.2.5. O Trabalho de Campo

O campo é um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, que corresponde à abrangência empírica do recorte teórico do objeto de investigação (Minayo, 1998). Como citado anteriormente, a entrada em campo deu-se a partir de uma visita exploratória às comunidades quando foram localizadas as moradias e foi estabelecido o primeiro contato com os idosos e suas famílias, sendo que estas atividades foram facilitadas pelo fato do motorista da equipe de pesquisa possuir familiares no local.

Neste primeiro contato a pesquisadora se identificou, apresentou a pesquisa e fez o convite para participar como sujeito do estudo procedendo a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 03) que, em caso de concordância, era assinado pelas partes. Em seguida, mantinham-se conversas "informais" e agendava-se novo encontro em local (geralmente na sua própria residência) e horário mais adequado, ocasião em que seria desenvolvida a entrevista gravada.

O primeiro encontro ocorreu nas moradias ou no local de trabalho (roça) nos casos das mulheres e dos homens especificamente, sendo que as observações das atividades cotidianas e das primeiras impressões foram anotadas pela pesquisadora em caderno de campo. O segundo contato era agendado e realizado no interior da moradia dos idosos sendo que, quando se tratava de casal, a entrevista era realizada com os dois juntos, contando às vezes com a participação de outros membros da família (geralmente os filhos). Após cumprimentos e breve conversa para descontrair e criar um clima adequado iniciava-se a entrevista aplicando o questionário fechado (Apêndice 01) e posteriormente, o roteiro semi-estruturado (Apêndice 02) mantendo-se uma postura ética e respeitosa com os entrevistados, não induzindo de nenhuma forma as respostas das perguntas, seja exaltando ou depreciando alguma fala.

As entrevistas tiveram duração de um a duas horas e foram realizados outros encontros com os participantes para esclarecimento de alguma dúvida ou aprofundamento de alguma questão considerada importante ao estudo.

Todos os idosos, incluindo suas famílias, se mostraram prestativos com a pesquisa, exceto o Senhor H7 que, inicialmente, não estava muito à vontade – preferia que sua esposa respondesse as perguntas mas, após esclarecimentos sobre o estudo, com todas as explicações necessárias, concordou prontamente.

Todas as mulheres participantes, sem exceção, no momento da entrevista, manifestaram muita tristeza quando indagadas sobre como foi a vida na mocidade, sendo que uma senhora chorou muito ao lembrar do tempo de jovem. Diante desse fato, interrompi a entrevista e somente a retomei quando ela estava mais calma, recusou reagendamento e manifestou disposição para continuar.

Os homens, por sua vez, gostavam de relembrar a vida passada, de como se plantava e colhia, demonstrando saudades sendo exceção um deles, que referiu ter sofrido com uma enfermidade por muito tempo e, por este motivo, não tinha boas lembranças.

O período de coleta de dados em campo, nas duas comunidades do Distrito de Joselândia, estendeu-se entre os meses de julho e agosto de 2008, num total de dezoito dias, distribuídos em três dias para a identificação e dos idosos e localização das usas moradias e 15 dias para o desenvolvimento das entrevistas.

1.2.6. Organização e Análise dos Dados

Os dados advindos do roteiro estruturado foram organizados segundo as categorias: relação dos sujeitos com a região, o tipo de trabalho, suas condições de vida e as doenças vivenciadas, as condições de moradia e renda, bem como as diferenças entre estes aspectos na atualidade e no passado. Estes aspectos subsidiaram a contextualização do estudo e permitiram conhecer parte do processo histórico da formação da localidade e as especificidades do espaço território onde vivem os idosos, pois em cada época um povo traduz seus anseios, suas crenças, seu modo de produção material e de vida de uma maneira muito específica sendo que este conjunto de características é influenciado pelo tempo anterior e posterior.

Por se tratar de dados objetivos optou-se por apresentar em separado os dados dessa caracterização, uma vez que se referiam às condições objetivas materiais da vida dos idosos e da família.

As entrevistas norteadas pelo roteiro semi estruturado foram gravadas, transcritas na íntegra e lidas exaustivamente, momento em que simultaneamente envolve certo grau de análise, visando identificar as informações reincidentes, porém sem desprezar aquelas ímpares (Minayo, 1998) e significativas pertinentes ao objeto de estudo. Em seguida, tais informações foram categorizadas conforme aproximação dos assuntos tratados: atividades rotineiras dos idosos, relação com o espaço/território, divisão do trabalho; e rede de apoio social (família, parentes, conhecidos, etc) em situações cotidianas criticas ou não, inclusive problemas de saúde e enfermidades relacionadas ou não com o envelhecimento.

Processualmente, procedeu-se a análise e novo agrupamento em temas mais amplos que compuseram os tópicos apresentados no texto do estudo. Ressalta-se que o apoio em saúde foi analisado quanto ao delineamento e densidade das redes bem como o tipo de apoio social em saúde e as situações em que eram mobilizados no cuidado à saúde dos idosos nas comunidades em estudo.

A fase de análise dados comporta três finalidades complementares: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto (Minayo, 1998), imediato e mais amplo, momento em que se estabelecem os nexos entre o plano empírico e o teórico.

Para tanto, optou-se pela análise temática como uma das formas de análise de conteúdo (Bardin, 1979) que, segundo Minayo (1998), parte de uma leitura de primeiro plano, para atingir um nível mais aprofundado que ultrapassa os significados manifestos. Diferente da sua forma tradicional busca-se, na perspectiva de Minayo (1998), a presença de determinados temas que podem denotar estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamentos presentes ou subjacentes no discurso, lembrando que o que se pretende identificar são os núcleos de sentido que compõe uma

comunicação, cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.

1.2.7. Aspectos Éticos da Pesquisa

Foram observados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, sendo esta pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller em 2008 (Protocolo nº. 523/CEP – HUJM/08), observando as normas vigentes conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados somente após aprovação do projeto, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 03) e para resguardar as suas identidades empregou-se, ao longo deste estudo, as letras M ou H para mulheres ou homens, respectivamente, seguidos de um número para cada participante.

CAPÍTULO II – TERRITORIALIDADE NO DISTRITO DE JOSELÂNDIA

CAPÍTULO II – TERRITORIALIDADE NO DISTRITO DE JOSELÂNDIA

De acordo com Rojas (2008), convencionalmente podemos identificar três grandes tipos de divisão que originam áreas ou unidades no interior de qualquer continente ou país. São áreas naturais – físico-geográficas – de ecossistemas, biomas, paisagens ou de componentes como relevo, condições climáticas ou formações vegetais; são os espaços construídos socialmente, que distinguem formas de organização e dinâmicas com determinadas características econômicas, sociais, culturais e demográficas, entre outras. A terceira área é a territorial, considerada pela autora como aquela delimitada para exercer responsabilidades do poder político e administrativo, ou administrativo de setores do governo ou outras organizações da sociedade civil.

Entretanto, o território pode ser entendido de maneira diferente por outros autores. Para Santos (1999) o espaço territorial deve ser visto como um todo indissociável, onde coexistem elementos naturais (rios, montanhas, árvores, etc.) e elementos elaborados e/ou transformados pelo homem. Para este autor, o espaço é tanto simbólico quanto funcional. Os objetos e suas formas aparecem como uma condição da ação, meios de existência que o agir humano deve, em um momento certo, levar em conta.

Para Monken (2008), o território deve ser visto como categoria de análise social, na qual, para entendê-lo, deve-se considerar seu uso em todos os níveis das atividades humanas, sejam elas econômicas, sociais, culturais e políticas, dentre outras. Apenas assim teríamos uma aproximação da realidade e da produção social humana.

Logo, pode-se entender que o território tem uma definição ampla, que perpassa a geografia, a história, a cultura e as relações econômicas, políticas e sociais de um povo. Para compreender melhor a população deste estudo, devem ser considerados todos esses aspectos. Para tanto, este capítulo discorrerá sobre as características do território rural do

Distrito de Joselândia e as especificidades das duas comunidades onde residem os sujeitos desta pesquisa.

2.1. CONTEXTO: O ESPAÇO

Geograficamente o local desta pesquisa situa-se no maior sistema alagável contínuo de água doce do mundo, situado na região central da América do Sul, mais especificamente na região norte do Pantanal de Mato Grosso, o qual possui, além da peculiar geografia, uma vasta biodiversidade e rico processo histórico de ocupação.

Segundo Del'Arco (1996), o relevo pantaneiro, cujas altitudes variam de 80 a 150 metros, está diretamente conectado às águas oriundas das terras altas, dos planaltos ao seu redor. Essas montanhas, morros ou chapadas, com altitudes variáveis entre 200 e 1.000 metros, emolduram com suas bordas o entorno da superfície pantaneira: ao norte a Chapada dos Parecis, ao sul a Serra da Bodoquena, a leste o Planalto Central Brasileiro e a oeste, para além do Chaco, a formação Andina.

Trata-se, portanto, de uma vasta planície aluvial da Bacia do Paraguai, com alternância fluvial que determina vazantes e cheias. As baixas terras pantaneiras são constituídas por 92,5% de solos pouco férteis e bastante inundáveis, típicos de área úmida (solos hidromórficos), o que compromete a agricultura local (CARVALHO, 1984).

De acordo com Alho (1992), no Pantanal de Mato Grosso, janeiro é o mês mais quente do ano, com temperatura média entre 28 e 29ºC. No mês de julho, a temperatura média cai significativamente oscilando em torno de 17ºC no sul e 22ºC na região norte do Pantanal. Essa variação se dá pela presença de frentes frias vindas do sul do continente. Durante o mês de julho, por poucos dias, há a predominância desses ventos frios ocasionando brusca queda de temperatura.

O principal formador do Pantanal Mato-grossense é o rio Paraguai, sendo o rio Cuiabá um de seus maiores afluentes. Conforme Junk e Da Silva (1999), a inundação é aquele período no qual as áreas alagáveis recebem as águas e outros elementos dissolvidos ou suspensos, oriundos de chuvas, degelo e da elevação temporária do lençol

freático. Este material é conduzido por rios e lagos formando uma trama hídrica, sendo tal pulso de inundação previsível e de longa duração, sujeito a variações anuais e plurianuais.

Essa força que regula o fluxo longitudinal de matéria orgânica faz com que tal transporte esteja relacionado à quantidade e à qualidade da água, aos nutrientes dissolvidos e ao material em suspensão. Esse dinamismo de inundações periódicas contribui significativamente para a biodiversidade do Pantanal, e os processos biológicos ocorridos na planície inundável se adaptam e readaptam ao habitat que se alterna entre períodos ora secos ora inundados (JUNK E DA SILVA, 1999).

Conforme Peixoto e Boeira (1996), achados arqueológicos nas margens do rio Paraguai e lagoas da região comprovam que há cerca de 8 mil anos povos ameríndios ocupavam o Pantanal Mato-grossense. Holanda (1986) explanou que ao sul predominavam os índios Guarani. Os Xaraiés foram descritos pelos primeiros castelhanos que adentraram ao Pantanal no século XVI e que batizaram a região de "fabulosa lagoa dos Xaraiés". Também devem ser mencionados os Paiaguás, os Beri-poconé e os Guató – os dois últimos grupos pertencentes à nação Bororo – que ocupavam a região norte do Pantanal, onde exerciam forte domínio territorial.

Os bandeirantes paulistas adentraram Mato Grosso à procura de ouro em Cuiabá. Vieram pelos rios, atravessando os pantanais, com o propósito de fazer fortuna e regressar à nobreza. Nesse processo de ocupação do território de Mato Grosso, alguns povos indígenas sofreram drásticas alterações, muitos foram extintos e outros passaram por processo de interação e incorporação de hábitos e costumes dos brancos. Com o passar do tempo, seu contingente foi progressivamente reduzido à medida que passavam a ocupar novos aglomerados humanos, formados a partir da ocupação de não índios (DA SILVA, 2001).

De acordo com Pignatti e Castro (2008), a ocupação do território pantaneiro pelos paulistas e portugueses, está relacionada aos caminhos fluviais, culminando com a fase áurea e decadência do ciclo de mineração, coincidindo com a fundação de Cuiabá, capital de Mato Grosso. Graças aos aspectos geográficos, entre eles a conexão platina, a cultura sertaneja no Pantanal, recebe no contra-fluxo das águas pantaneiras, as

influências paraguaias vindas do sul.

As características ambientais do Pantanal, com vastas planícies, água em abundância e pastagem natural, foram fundamentais para que se desenvolvesse ali a produção extensiva de gado. Na influência da expansão comercial na Bacia do Prata, as fazendas da região dedicam-se à pecuária de corte, cuja carne após passar pelo processo de industrialização nos saladeiros, instalados principalmente nas margens do rio Paraguai na região de Cáceres, passou a ser comercializada nos mercados platinos e europeus. Nesse contexto surge na margem esquerda do Rio Cuiabá a antiga Vila dos Macacos, um pequeno povoado ribeirinho, depois nomeada Distrito de Joselândia. (PIGNATTI e CASTRO, 2008).

O grupo em estudo são moradores do Distrito de Joselândia, no município de Barão de Melgaço, na região norte do Pantanal Mato-grossense, situado ao sul da cidade de Cuiabá (figura 1).

Figura 1: Mapa de Localização do Distrito de Joselândia na Região Centro Oeste

Fonte: IBGE em www.ibge.com.br.

2.2. Características das Comunidades de São Pedro e Retiro São Bento

O caminho percorrido pela pesquisadora foi através da Rodovia Palmiro Paes de Barros (Figura 02), que liga Cuiabá ao município de Santo Antonio de Leverger. Neste município, a rota seguiu para a saída em direção ao distrito de Mimoso, por uma estrada em boas condições. A partir de então, os trechos percorridos são bem acidentados, o que torna a viagem cansativa.

Figura 02: Mapa rodoviário da Região do Distrito de Joselândia, Barão de Melgaço-MT

Fonte: IBGE em www.ibge.com.br.

O pior trecho é o da comunidade de Capoeirinha até a comunidade-sede São Pedro. Ao todo, são cerca de três horas e meia de viagem para percorrer 180 quilômetros. Vale lembrar que esse caminho somente pode ser feito em alguns meses do ano (junho a setembro), pois, com o começo da inundação ou o término desta, a estrada fica intransitável. Assim, durante o período chuvoso, o melhor meio de acesso é pelo rio Cuiabá, em barcos.

2.2.1. A Comunidade de São Pedro

A comunidade de São Pedro é considerada a sede do distrito de Joselândia, onde existe uma escola estadual com ensino fundamental e médio, uma Igreja Católica e uma Congregação Cristã do Brasil, um posto telefônico, uma pista para pouso de aviões, uma Unidade Básica de Saúde e algumas mercearias.

Não há subprefeitura e nem uma associação que congregue todos os moradores. O poder político local se dá através de "troca de favores" entre grupos familiares e as autoridades públicas, principalmente as vinculadas à Prefeitura de Barão de Melgaço – MT. Ressalta-se que o estabelecimento da unidade de conservação pelo SESC têm gerado benefícios para alguns grupos familiares nas comunidades.

A disposição das estradas de terra batida respeita o ciclo das águas, os acidentes de relevo e as propriedades, o que faz com que os caminhos tenham muitas curvas. É muito comum entre os moradores desviar-se da estrada e atravessar as propriedades para "cortar caminho". Este fato faz com que se perceba com frequência a harmonia que existe entre os moradores – praticamente todos se conhecem por apelidos.

A maioria das casas da comunidade é de alvenaria e a localidade não conta com sistema coletivo de abastecimento de água eficiente nem sistema de esgoto sanitário. O lixo geralmente é queimado e na maioria das casas o esgotamento é feito através de fossas. Até o ano de 2005 não havia energia elétrica na comunidade de São Pedro (PIGNATTI *et al*, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008).

A escola estadual localizada na sede é responsável por praticamente todo o ensino formal de crianças e jovens das comunidades do distrito de Joselândia, exceto das

comunidades Pimenteira e Retiro de São Bento, que possuem uma escola cada, apenas responsável pelas séries de alfabetização – 1ª a 4ª séries do ensino fundamental – quando as crianças concluem a 4ª série, são encaminhadas para estudar na escola em São Pedro (PIGNATTI *et al*, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008).

Esta escola conta com um poço artesiano que, com o auxílio de uma bomba de água, abastece algumas residências. Porém, devido à pouca força com que a água chega às casas, ela é insuficiente para encher os reservatórios, então, a maioria dos moradores tem poço próprio.

A Igreja Católica é a mais frequentada, considerando-se o número de fiéis encontrados nas celebrações, realizadas geralmente aos sábados no período vespertino e aos domingos no período matutino. Não se tem na comunidade um padre e a realização de casamentos, crismas e batizados se restringe a dias especiais como por exemplo a festa de São Pedro, realizada sempre no dia 29 de junho, data que se comemora o dia do Apóstolo São Pedro (OLIVEIRA, 2004). A igreja da Congregação Cristã do Brasil tem um número bem menor de fiéis, os quais participam de cultos aos domingos, a cada 15 dias, durante todo o dia.

O posto telefônico é essencial à comunidade, pois, além dele, existem apenas antenas de aparelho celular particulares. A pista de aviões não é utilizada com frequência, sendo empregada, na maioria das vezes, para emergências de saúde. A comunidade tem vínculo estabelecido com o piloto de um avião de pequeno porte e, quando necessário, aluga os seus serviços pelo valor de R$ 400,00 (frete para Cuiabá).

As mercearias também são de muita importância para a comunidade: é nelas que se conseguem alimentos, bebidas, ferramentas, remédios, utensílios domésticos e artigos para pesca. Cabe ressaltar que o custo das mercadorias é bastante elevado, quando comparado a Cuiabá, pois, segundo os donos dessas mercearias, o preço da viagem é alto devido às condições da estrada, que estão péssimas (PIGNATTI *et al*, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008).

A Unidade Básica de Saúde, na prática, não funciona. Não existem profissionais de saúde para atender a comunidade, exceto um Agente Comunitário de Saúde, que reside na comunidade e trabalha com cadastramento de hipertensos, diabéticos e

portadores de tuberculose e hanseníase, para posterior encaminhamento dos remédios de controle, distribuição de outros medicamentos como analgésicos e antibióticos, segundo critérios do próprio agente (PIGNATTI *et al*, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008).

Esses medicamentos de controle deveriam estar disponíveis para a distribuição sempre que necessário, porém o agente revelou que muitas vezes o seu repasse é atrasado, o que faz com que o doente crônico fique sem o seu remédio de controle, causando, portanto, ineficiência no tratamento.

O atendimento por equipe de saúde é feito na comunidade através de mutirões que acontecem esporadicamente. Uma equipe vai até a comunidade, atende o maior número de pessoas num período de tempo restrito, respondendo apenas às necessidades imediatas da população. Segundo o agente comunitário, muitas vezes são feitos exames laboratoriais que não têm retorno algum para a população, gerando descrédito sobre este método de atendimento, como é observado na fala do senhor H6: "Às vezes vem um médico, mas demora tanto pra vir e quando vem passa uns três dias e já vai embora".

2.2.2. A Comunidade do Retiro São Bento

A comunidade do Retiro de São Bento tem menos infraestrutura que a sede, São Pedro, e situa-se a cerca de 10 km desta. O único serviço público presente é uma escola primária, onde se lecionam as primeiras séries do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). As crianças e jovens que precisam continuar os estudos se dirigem a São Pedro. Os alunos que estudam no período vespertino caminham até a escola pela estrada em condições precárias. Os jovens que estudam no período noturno são transportados por um caminhão. Também há na comunidade uma mercearia, com produtos alimentícios.

De maneira geral, a situação socioeconômica das famílias residentes no Retiro é mais precária, considerando a infraestrutura das moradias, quando comparada a algumas famílias de São Pedro. As moradias são, em sua maioria, de adobe (figura 03) com cobertura de palha, o abastecimento de água se dá através de poços sem bomba e não há banheiros dentro das casas. Os moradores têm apenas um local reservado para o banho e fazem suas necessidades de eliminação no mato.

Figura 03: Moradia típica da Comunidade do Retiro São Bento – Distrito de Joselândia, Barão de Melgaço-MT.

Fotografado pela autora, 2008.

2.3. CONTEXTO: AS FAMÍLIAS DOS IDOSOS

A família é a mais antiga e fundamental das instituições humanas. Este consenso se baseia no fato de que, em quase todas as sociedades, a família é o grupo social primário mais importante para o indivíduo. A intimidade que se estabelece dentro do círculo familiar torna possível o atendimento de certas necessidades básicas para cada pessoa, de maneira geral, a mais satisfatória possível (BERTRAND, 1973).

A família foi escolhida como foco deste estudo pelo fato de este ter como objeto uma comunidade rural, já que, segundo Woortmann (2004), a produção camponesa é familiar não apenas no sentido de usar a força de trabalho conjunta – o que implica em mudanças ao longo do ciclo de desenvolvimento do grupo doméstico – mas também porque o sítio produz segundo as necessidades dos variados membros da família: crianças, mulheres, gestantes ou de "resguardo", doentes e idosos. Isto implica em variadas alocações de partes da terra disponível.

O perfil da família e as suas necessidades estão entre os fatores centrais da lógica produtiva do sitiante. Por exemplo, em estudo de Woortmann (2004), a presença de idosos ou doentes levará ao plantio de uma variedade de milho branco, mais "fraco" e mais macio, ao lado do milho vermelho, mais "forte", destinado ao consumo de outros membros do grupo doméstico e à alimentação da criação.

Assim, os entrevistados deste estudo foram agrupados em famílias, posto que é necessário entender a base material de cada uma delas e o funcionamento do parentesco e da reciprocidade entre os membros da família, a fim de compreender as redes de apoio para o cuidado com a saúde desses idosos. No grupo familiar foram consideradas apenas as pessoas que residem na mesma moradia, pois estão mais presentes nas atividades cotidianas.

2.3.1. Famílias Entrevistadas de São Pedro

Família A

A família reside em uma casa de alvenaria, com abastecimento de água através de um poço com bomba de água elétrica, dois bainheiros, um dentro e outro fora da casa, fogão a gás e a lenha. A família tem uma pequena plantação nos fundos da propriedade e o senhor H1 (83 anos) lida com a terra.

O casal vive com um filho, que é professor na escola local, tem ajuda de uma sobrinha que realiza as atividades domésticas e é remunerada para tal. A senhora M1(79 anos) sempre ajudou o esposo a trabalhar com a terra, no plantio e na criação de animais, e tiveram nove filhos. Ambos residem na localidade desde o nascimento, conforme afirmou ela: "nasci e criei aqui". Esta expressão é muito repetida por todos os entrevistados. O casal é aposentado, o que faz com que a família tenha uma renda mensal de dois salários mínimos. O dinheiro da aposentadoria é levado a eles pelos filhos que moram em Cuiabá.

Família B

Esta família reside próxima à residência da família A e também é composta de um casal, M2 (62 anos) e H2 (68 anos), que cuidam de duas netas, com sete e nove anos. Residem em uma casa de alvenaria, que foi construída com a venda do gado. Segundo H2, não havia mais condições de criar os animais por causa da velhice.

A casa tem um banheiro dentro de casa e abastecimento de água através de um poço com bomba elétrica, fogão a gás e a lenha. São pais de um comerciante local muito conhecido. A senhora M2 e seu esposo H2 apenas realizam serviços domésticos, não realizando outra atividade.

O casal teve sete filhos e a senhora M2 foi uma mulher muito dedicada à família, o marido sempre esteve muito doente, então ela carrega em si um sofrimento muito grande por ter sido sobrecarregada nas tarefas familiares. O marido tinha um problema de saúde nos pés, sempre precisou passar longos períodos em tratamento em Cuiabá. Apenas depois de muitos anos é que foi diagnosticada hanseníase e feito o tratamento correto, conforme ele fala: “Muitos anos eu sofri com um problema nos pés, sentia muita dor, ia no médico, não resolvia, passava dois meses em casa, voltava e nada, até que descobriram que era hanseníase”.

Porém, agora ele tem sequelas da doença e continua fazendo tratamento em alguns meses do ano. A senhora M2 revelou que, em sua juventude, a vida era muito difícil, não tinha estrutura de muitas coisas, e neste sentido mencionou que uma das grandes dificuldades era a falta de água, tinha que andar quilômetros com uma lata de água na cabeça, pois os filhos eram pequenos e o marido, doente.

Agora ela acredita que a vida tem melhorado, com a energia elétrica, tem bomba para retirar água do poço; os filhos, já adultos, têm ajudado quando falta alguma coisa. Seu esposo (H2) também carrega em si uma tristeza por não ter ajudado completamente na criação dos filhos e no sustento da família. O casal sempre trabalhou a terra e na criação de animais, porém, com o agravamento do problema de saúde do esposo, houve muitas dificuldades para garantir o sustento da família. O casal é aposentado, o que faz com que a família tenha uma renda mensal de dois salários mínimos, retirada pelos filhos e entregue sem qualquer custo.

Família C

Esta família é composta de um casal, M3 (60 anos) e H3 (61 anos), que reside com um filho solteiro. Também residem em uma casa de alvenaria, que tem banheiro dentro de casa e abastecimento de água através de um poço com bomba elétrica e fogão a lenha. A senhora M3 realiza os serviços domésticos enquanto seu esposo (H3) lida com o gado. A família tem uma propriedade na localidade do Matão que produz arroz, feijão, milho e mandioca. O plantio e a colheita são de responsabilidade dos filhos. Segundo o senhor H3, os filhos pagam terceiros para ajudar no serviço.

A senhora M3 revelou que tem alguns problemas de saúde – hipertensão e diabetes –, mas que não afetam sua produtividade. Ela afirma que tem cuidado com a saúde, realiza consultas médicas periodicamente e consome os remédios conforme a prescrição médica.

O senhor H3 nega problemas de saúde, mas lembra de quando, há cerca de cinco anos, sofreu com um sangramento bucal por causa de uma extração dentária. Foi preciso chamar o avião para atendimento médico em Cuiabá. O casal é *filho da terra* (expressão muito utilizada pelos nascidos e criados na região) e sempre trabalhou no cultivo de alimentos e na criação de animais, tiveram seis filhos e estão todos vivos. O casal é aposentado, com uma renda mensal de aproximadamente R$ 930,00, retirada pelos filhos e entregue sem nenhum custo.

Família D

Esta família é composta por um casal e apenas o senhor H4 (92 anos) aceitou ser entrevistado. A esposa é muito tímida e preferiu não ser entrevistada. Apesar da timidez, a senhora é atenciosa e muito acolhedora. O seu esposo é bastante conhecido na região e, segundo ele, já participou de muitas entrevistas, tanto de pesquisadores quanto de meios de comunicação como rádio e televisão. Também residem em uma casa de alvenaria,

que tem banheiro dentro de casa e abastecimento de água através de um poço com bomba elétrica, fogão a lenha e a gás.

O casal teve 11 filhos, todos estão casados, sendo que apenas uma filha não mora na localidade. A esposa realiza serviços domésticos e o senhor H4 tem uma pequena plantação nos fundos da propriedade, que produz arroz, feijão, milho e mandioca. Ambos negam problemas de saúde. O casal sempre viveu na região, sempre manejou a terra e criou animais. O casal é aposentado, o que faz com que a renda mensal seja de aproximadamente R$ 930,00, retirada pelos filhos sem nenhum custo.

Família E

Esta família é composta por cinco pessoas, um casal e três filhos. O senhor H5 (65 anos), muito simpático, aceitou ser entrevistado prontamente. A esposa estava em Cuiabá visitando um filho.

A residência da família é de alvenaria com cobertura de telhas de cerâmica, com uma edícula aos fundos, onde fica o banheiro. O abastecimento de água é através de um poço com bomba elétrica e eles utilizam fogão a lenha. O casal teve cinco filhos, um mora em Cuiabá e outra no estado de Rondônia, os outros três moram na casa. A história de vida do senhor H5 é muito interessante. Ele, ainda moço, mudou-se para Cuiabá, onde viveu por 20 anos.

Nesse período, trabalhou nos mais variados empregos: servente de pedreiro, vendedor, representante comercial. O senhor H5 mencionou que nunca deixou de trabalhar para não deixar a família desprotegida. Então, voltou para a comunidade, onde está morando há mais de 20 anos. A explicação para o retomo foi que ele é filho da terra, que já era tempo de voltar.

Atualmente a esposa realiza serviços domésticos e o senhor H5 tem uma pequena plantação nos fundos da propriedade, onde produz arroz, feijão, milho e mandioca. Também revela que gosta de ter horta, porém este ano ele não conseguiu plantar na época certa porque estava em Cuiabá cuidando da mãe. O senhor H5 ficou um ano

cuidando da mãe e quando ela faleceu e ele retornou para a comunidade, já havia passado o período de plantar.

O senhor H5 e sua esposa são aposentados, o que faz com que a renda mensal familiar seja de aproximadamente R$ 930,00. Porém, o senhor H5 ressalta que esta renda fica comprometida porque não existe um meio de receber o benefício na comunidade, então ele se dirige até outra cidade — Cuiabá ou Poconé — para receber a aposentadoria. O gasto para isso, segundo ele, é de R$ 100,00.

Família F

Esta família é composta por quatro pessoas: três filhos e o pai, o senhor H6 (63 anos) que é separado da mãe de seus filhos há bastante tempo, não sabe ao certo quanto. Residem em uma casa de adobe com cobertura de palha, sem banheiro. Há apenas um local onde se toma banho e eles fazem as necessidades no mato. O abastecimento de água é através de um poço sem bomba e a família cozinha em fogão a lenha.

Têm uma pequena plantação nos fundos da propriedade, onde cultivam arroz, feijão, milho, mandioca e banana. O senhor H6 sempre viveu na localidade e sempre trabalhou a terra e na criação de animais; ele alega estar em boa saúde. A única renda da família é a aposentadoria do senhor H6 — um salário mínimo — e os filhos realizam pequenos serviços para ajudar na renda da família.

Família G

O senhor H7 (60 anos) reside com a esposa, duas filhas e um neto (os três são crianças). A casa é de alvenaria inacabada, não há banheiro e o abastecimento de água é só do poço, sem bomba. A esposa realiza serviços domésticos e o esposo cuida da plantação e da única novilha da família. O senhor H7 disse que já possuiu mais cabeças de gado, porém as dificuldades da vida o fizeram vendê-las aos poucos. Também é o único dos entrevistados a ter uma horta cercada, porque as galinhas podem destruí-la. O

senhor H7 também “nasceu e criou ali”, utilizando os termos usados pelo próprio. Apenas lembra que, na juventude, saiu algumas vezes da comunidade, para trabalhar.

A renda da família é de dois salários mínimos, o senhor H7 recebe um salário e sua sogra, outro. A sogra mora em outra residência, nos fundos da propriedade.

Família H

Esta família é composta apenas de um elemento, o senhor H8. O senhor H8 foi casado e teve apenas um filho, é separado há mais de 20 anos. Reside em uma casa de alvenaria, com abastecimento de água através de um poço com bomba e tem banheiro dentro de casa. Cria galinhas ao redor da casa e possui três cavalos. Sua renda mensal é de um salário mínimo e segundo ele “dá pra tudo”.

O senhor H8 é irmão da senhora M2 e ele diz que, qualquer coisa que precisa, recorre a ela. O senhor H8 sempre lidou com roça e criação de animais e sempre residiu na comunidade. Cerca de um mês antes da entrevista, houve o falecimento de seu irmão, que morava em uma casa ao lado da sua. Segundo o senhor H8, ele era seu companheiro e hoje sente muito a falta dele.

2.3.2. Famílias do Retiro de São Bento

Família I

Esta família reside em uma casa de adobe com cobertura de palha, na qual moram oito pessoas: o pai (senhor H9), a mãe (senhora M4), dois filhos e quatro netos, que dividem dois cômodos. A cozinha é nos fundos da propriedade, também de adobe com cobertura de palha. A família tem uma pequena plantação nos fundos da propriedade, onde planta arroz, feijão, milho, mandioca e banana. Também tem criação de galinhas e porcos. Todos da família são filhos da terra e sempre trabalharam em atividades agropastoris. Segundo informou o casal, todos na casa gozam de plena saúde. Certa vez, o senhor H9 apresentou uma tontura e desmaiou, foi levado às pressas de

avião para Cuiabá e o médico disse que ele teve um derrame, mas que não teve sequelas graves. Atualmente, faz uso de remédios para hipertensão.

A renda mensal da família corresponde a dois salários que o casal recebe de aposentadoria. Esta renda estava comprometida por um empréstimo bancário feito para custear a plantação e o senhor H9 vai até a cidade receber o dinheiro apenas a cada dois meses para economizar no transporte.

Família J

Muito conhecido pela comunidade do Retiro, o senhor H10 é benzedor. Sua família é composta pela sua esposa (M5) e três filhos. Residem em uma casa de adobe com cobertura de telha de cerâmica, abastecimento de água através do poço sem bomba, sem banheiro dentro de casa.

A família tem uma pequena plantação nos fundos da propriedade, onde cultiva arroz, feijão, milho mandioca e banana. Também tem criação de gado, galinhas e porcos. Todos da família são filhos da terra e sempre trabalharam em atividades agropastoris. O senhor H10 perdeu um filho por picada de cobra quando este tinha apenas 10 anos. O senhor H10 também teve um problema de saúde que lhe deu muita preocupação. Ele teve bronquite e sempre adoecia, mas procurou um serviço de saúde em Cuiabá e, de acordo com o seu testemunho, os remédios da farmácia e os caseiros o curaram. Sua esposa nega problemas de saúde.

A renda mensal monetária da família corresponde a dois salários mínimos que o casal recebe de aposentadoria. Esta renda fica comprometida porque é necessário viajar até Cuiabá para receber o dinheiro, então, para economizar, apenas um dos dois vai até a cidade a cada dois meses.

Família L

A família L tem o maior número de membros, sendo 10 no total. A senhora M6 se considera a chefe da família, está viúva há mais de 10 anos. Vivem com ela as filhas,

um genro e netos. Todos residem em duas casas de adobe com cobertura de palha, a água é oriunda de um poço sem bomba, não há banheiro, então fazem as necessidades no mato.

A família tem uma pequena plantação na propriedade, onde cultiva arroz, feijão, milho, mandioca e banana. Também tem criação de galinhas e porcos. Todos da família são filhos da terra e sempre trabalharam em atividades agropastoris. Durante a entrevista pude acompanhar o processo artesanal da fabricação de farinha de mandioca e polvilho. Outro fato interessante é que a senhora M6 tem hanseníase e apresenta sequelas por causa da doença. O agente de saúde informou que ela vem seguindo o tratamento corretamente, porém às vezes falta a medicação específica na Unidade Básica de Saúde. O agente de saúde também revelou que suspeita que mais pessoas na família estejam infectadas, mas como não há o serviço de saúde na comunidade, não foi feito nenhum exame.

A única renda monetária da família é o salário mínimo da aposentadoria de M6, as mulheres cuidam das crianças e o genro faz trabalhos pontuais de cultivo em roças de vizinhos. A renda não fica comprometida pelo transporte de ir a Cuiabá buscar o dinheiro porque uma família de mais posses da comunidade se encarrega de trazer o dinheiro e não cobra nada por isso.

Perfil Geral das Famílias

Observou-se que, a produção agrícola é familiar, sendo utilizada a força de trabalho dos idosos, filhos e netos e a renda monetária provem também das aposentadorias dos idosos que complementam os gastos da família (em média 2 salários mínimos), conferindo a eles uma posição de prestígio e reciprocidade na relação familiar.

Ressalta-se que, os idosos detêm o saber-fazer do cultivo agrícola, que é transmitido às gerações posteriores. O fato dos filhos permanecerem na terra, mesmo com as dificuldades do trabalho na roça, aponta para a falta de perceptiva da inserção

dos mesmos em outras atividades na cidade e ou uma ligação cultural e afetiva com as raízes agrícolas.

De modo geral, mesmo com a presença de doenças crônicas, os idosos não se consideram doentes e quando sequelados continuam a exercer atividades que não exijam muito esforço físico.

2.4. RELAÇÃO ESPAÇO E ATIVIDADES ROTINEIRAS DOS IDOSOS

Tomando-se por base o referencial teórico de territorialidade, com seus aspectos materiais e imateriais – à luz do capital social de Bourdieu –, pode-se apreender nas falas dos entrevistados as características do distrito rural de Joselândia, como a polaridade seca/cheia e suas implicações na vida dos informantes, a economia, sua agricultura, tipo de cultura, propriedade, posse da terra, como e por quem o trabalho é desenvolvido, e a identidade desses moradores com o território que habitam.

A polaridade de seca e cheia, entremeada por estações de transição – a vazante que leva à seca e a enchente que leva à cheia (Figura 3) –, imprime um ritmo no movimento das pessoas na reprodução de seu modo de vida, que tem na atividade agropastoril sua forma preponderante de organização social e econômica (PIGNATTI & CASTRO, 2007).

Figura 04: Área de inundação no Centro da Comunidade de São Pedro, Distrito de Joselândia, Barão de Melgaço-MT.

Fotografado pela autora, 2008.

As famílias entrevistadas vivem de acordo com o ciclo das águas do Pantanal. Como se trata aqui de agricultores rurais, a quantidade de chuvas influencia diretamente a vida dos moradores. Assim, com o advento das chuvas, o agricultor sabe o que esperar. Esporadicamente, o alagamento é maior do que o esperado pelo pantaneiro, fazendo com que se perca parte da plantação:

> *...porque a água mata a planta e a praga, porque quando a água é demais acaba com tudo, aí as pessoas que planta tem que plantar alto porque se não a água leva tudo.*
> (Senhora M5)

O oposto também acontece: a quantidade de chuva é menor que a esperada, fazendo com que a plantação não renda o esperado, conforme depoimento:

> *... a gente planta no alto pra não alagar, mas tem vezes que não chove tanto, então o milho perde o ponto, o arroz perde também, o milho só vai dar pras galinhas, porque o milho verde não fica bom.*
> (Senhor H9)

Também o ciclo das águas interfere no ir-e-vir dos informantes, pois no período chuvoso o melhor meio de locomoção é através de barcos e canoas. Um transporte muito utilizado é a *voadeira*, uma embarcação movida a motor que corta os rios permanentes e perenes até o porto desejado. A maioria dos entrevistados prefere se transportar na época da cheia, pois:

> *...quando tá cheio, é muito mais fácil, a voadeira deixa a gente na porta de casa, é mais rápido, a viagem cansa menos porque não tem aquela buraqueira, o rio é macio.*
> (Senhora M2)

Trata-se de um grupo de idosos pertencentes à comunidade de agricultores, que conforme Mendras (1978) se insere na sociedade camponesa, por sua vez caracterizada por uma autonomia relativa frente a uma sociedade envolvente que a domina mantendo

relações econômicas com ela. Este tipo de relação evidencia que o grupo doméstico tem grande importância na organização da vida econômica e social da coletividade, não se distinguindo consumo e produção.

Esta sociedade também é caracterizada por relações internas de interconhecimento e de relações precárias com as coletividades circunvizinhas, relações estas intermediadas por pessoas notáveis dentro da comunidade.

Nas economias primitivas, de acordo com Sahlins (1983), a produção não é destinada ao comércio ou lucro, mas sim às necessidades dos produtores e de suas famílias. Sua economia, política e religião não são conduzidas por diferentes instituições especialmente destinadas para esses fins, mas pelos mesmos grupos de parentesco e locais. Fundada nas relações econômicas, a base é a reciprocidade, ou alguma aproximação dela, pela qual a troca representa a diplomacia econômica: a mutualidade do fluxo material simboliza a disposição em considerar o bem-estar do outro. A família ocupa a posição central, rodeada por um círculo de parentes de linhagem, por um círculo mais amplo de relações de aldeias, sendo que cada esfera social tem um nível de organização e uma perspectiva de relações sociais.

O manejo das roças e a criação de gado estão relacionados diretamente com o ciclo das águas do Pantanal. Os informantes declararam que os alimentos cultivados eram: arroz, feijão, milho, mandioca e banana. Nos meses de agosto a outubro a terra é preparada e depois das primeiras chuvas plantam-se os alimentos. Todos afirmaram que o período de plantio é o chuvoso, pois: *"sem chuva num dá, sem água num dá"* (Senhor H10). Porém alguns afirmaram que no período da seca planta-se na beira do rio, para aproveitar a umidade do solo.

O período chuvoso é considerado um tempo de fartura, pois se colhe o milho verde, sendo este usado como matéria-prima para muitos alimentos, tais como pamonha, curau, farinha de milho, ou até mesmo o próprio milho verde é cozido e consumido. Posteriormente, o milho seco é estocado e serve de alimento para galinhas e porcos. Outros produtos colhidos, como arroz e feijão, são estocados e consumidos durante o ano. Outro produto bastante consumido pelos moradores é o guaraná ralado, geralmente ingerido pela manhã. Este produto é adquirido nas mercearias da localidade.

Existe semelhança neste modo de produção com outras localidades rurais. Brandão (1981), em sua pesquisa em uma comunidade rural, também revelou este aspecto da cultura de subsistência. Em seu estudo, o arroz e o feijão eram os alimentos mais consumidos, enquanto que o milho, a mandioca e outros, apenas no período chuvoso, também considerado um tempo de fartura. Outro estudo referente à população rural – Queiroz (1973) – também se referiu a esses alimentos como os principais e que o tempo de fartura é o chuvoso. Apesar de este estudo ter sido realizado há 30 anos, percebe-se que a realidade do pequeno agricultor brasileiro não se modificou.

Bertrand (1973) propõe uma classificação segundo o tamanho das propriedades rurais, sugerindo que sejam classificadas em: grandes propriedades ou latifúndios, propriedades operadas pela família e minifúndios.

No Retiro foram observados minifúndios, pois são propriedades pequenas que não são capazes de dar um nível de vida adequado às famílias que nelas moram, conforme opina a moradora M6: "Todo ano falta comida, o que planta não dá pro ano todo, então tem que comprar".

As famílias de São Pedro possuem propriedades classificadas como operadas pela família. Neste tipo de propriedade, o tamanho da terra é suficientemente grande para dar emprego constante aos membros da família, mas não tão grande a ponto de exigir uma grande quantidade de trabalho suplementar, conforme depoimento: "A gente planta o arroz, o milho, o feijão, e dá pro ano inteiro, só tem que comprar mistura*"* (Senhor H6).

Além disso, a família provê o seu próprio capital e a administração. O tamanho físico, sem dúvida, pode variar, devido a características como o tipo de empreendimento e o grau de mecanização, conforme esta fala: "A terra é pequena, mas é bom usar o trator, vai mais rápido, melhor*"* (Senhor H3).

São três tradições importantes para este tipo de propriedade: *a tradição agrária*, associada ao sentimento de que as relações do homem com o solo são de singular importância; *a tradição democrática*, manifesta na asserção de que a propriedade familiar é especialmente eficiente no desenvolvimento das qualidades de responsabilidade e boa cidadania nos indivíduos; e *a tradição da eficiência*, segundo a

qual o desperdício é pecaminoso e todo homem que não se esforça plenamente para tirar o máximo de seus recursos e energias perde o respeito diante de si mesmo (BERTRAND, 1973).

Considerando as famílias entrevistadas, as propriedades são em parte minifúndios, pois são muito pequenas e, segundo o morador H5, "o que planta num dá pro ano todo, às vezes dá, às vezes não dá, a vida é muito difícil, tem o dinheiro da aposentadoria, mas mesmo assim não dá, tem que viver economizando*"*.

Entretanto, possuem características de propriedades operadas pela família, pois segundo o morador H3 "é muito importante o homem lidar com a terra, tirar dela arroz, feijão, o sustento, porque saber lidar com a terra é um dom do homem".

A moradora M1 relata ainda que "desde pequeninho a gente ensina para as crianças que a terra é muito importante, cuidar da terra e respeitar a terra, porque a terra é um presente de Deus, que tem que tirar dela o sustento e sempre aproveitar, não desperdiçar porque disso Deus não gosta".

Assim, segundo esses moradores, a tradição é cuidar da terra, respeitá-la e tirar dela seu sustento com responsabilidade. A fé em Deus sustenta toda a cultura de apreço a ela. Logo, em grande parte das propriedades acontece uma combinação de minifúndio e propriedades operadas pela família.

Esta propriedade, no entanto, não se traduz em posse legal, uma vez que todos os entrevistados informaram não ter documentos de posse porque a área em que vivem pertence ao patrimônio:

> *... num sei, deve ter umas duas hectares, mas num tem documento, mas o pessoal aqui do centro fala que aqui é patrimônio do Estado, mas nós temos escrituras da onde meu filho foi plantar, aqui onde estamos aqui é patrimônio, mas lá, não aqui, eu já comprei mas num deram a nota.*
> (Senhor H3)

Conforme Pignatti & Castro (2007), a sede São Pedro foi legalmente constituída em 1955, com o ato de registro da área em cartório, na forma de "patrimônio" a partir da sesmaria Santo Antônio da Barra, e dedicada ao santo padroeiro do seu povo.

O patrimônio, conforme Decreto-Lei nº 25, de 30 de novembro de 1937, é constituído pelos bens materiais e imateriais que se referem à identidade, à ação e à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, quais sejam: as formas de expressão, os modos de criar, fazer, viver; as criações científicas, artísticas e tecnológicas; as obras, objetos, documentos, edificações e demais espaços destinados às manifestações artístico-culturais; os conjuntos urbanos e sítios de valor histórico, paisagístico, artístico, arqueológico, paleontológico, ecológico e científico (BRASIL, 1988).

A Constituição do Brasil determina a proteção do Patrimônio Cultural Brasileiro (Artigo 215, § 3º). Para estabelecer as normas práticas necessárias a essa proteção, existe uma legislação ordinária federal, cujo embasamento é o Decreto-Lei n° 25, de 30 de novembro de 1937. Como se verifica à leitura das legislações de tombamento, essa modalidade jurídica de preservação não altera a propriedade do bem tombado. Este não deixa de pertencer a seu proprietário, que pode continuar a exercer sobre ele o domínio e a posse, utilizando-o diretamente, podendo vender, alugar ou ceder. Entretanto, desde que o objetivo do tombamento é dignificar o bem tombado, garantindo sua permanência sempre que possível de forma original e autêntica, ele não pode ser destruído ou descaracterizado. (RIO DE JANEIRO, 1937).

Os entrevistados revelaram saber o que significa pertencer ao patrimônio, pois "o patrimônio é assim, não é meu, porque eu não tenho as escrituras, mas eu tenho o direito, então ninguém pode tomar"(Senhor H5). A senhora M3 também revelou que "a terra é nossa por direito, só que não temos escritura, pode vender, trocar, mas não tem escritura, só o direito".

Existe uma relação entre o nível de vida de uma população e seu sistema de agricultura. Conforme Bertrand (1973), os principais sistemas de agricultura são: a agricultura de beira-rio, a agricultura de fogo, a cultura de enxada, a cultura rudimentar do arado, a cultura avançada do arado e a agricultura mecanizada. Trata-se de uma evolução pela qual a agricultura no mundo ocidental se desenvolveu ao longo dos anos até tornar-se um meio de produção em larga escala com aplicação de alta tecnologia.

Nas famílias do Retiro de São Bento observou-se um misto desses sistemas de agricultura com algumas especificidades. Em três famílias entrevistadas verificou-se que se utilizam, preferencialmente, das culturas de beira-rio, de fogo e de enxada. Os agricultores plantam na beira do rio na estação seca, para aproveitar a terra macia e irrigada, e, através do uso de enxadas e foices preparam a terra para o plantio. Na estação chuvosa, eles plantam nos lugares mais altos devido à inundação. Para isso, o preparo da terra é feito com o uso do fogo nos meses anteriores à chuva (setembro e outubro), e também com o uso de enxadas e foices.

Em São Pedro, observou-se que, além dos sistemas de agricultura de beira-rio, de fogo e cultura de enxada, quatro famílias utilizam o sistema da cultura rudimentar do arado, que se caracteriza por uma espécie de arado puxado por animais para revolver a terra. O trato da terra é bem grosseiro e ineficiente e os arados são muito simples, mas o fato de que a força motora provenha dos animais, mais do que dos homens, representa um avanço tremendo sobre os outros sistemas já mencionados.

O senhor H7 relata que "o cavalo é muito importante pra quem trabalha na roça, o serviço é pesado, sem o cavalo, ou um burrinho, fica mais pesado ainda".

Uma vez que a roda é parte integral da cultura rudimentar do arado (Figura 05), as carretas, embora grosseiras e pesadas, substituem os animais de carga e os ombros ou braços do homem no transporte. As tarefas caseiras e as da roça consomem o tempo e a energia do homem.

Figura 05: Carro de boi utilizado para o Transporte de Mercadorias na Comunidade de São Pedro, Distrito de Joselândia, Barão de Melgaço-MT.

Fotografado pela autora, 2008.

Duas famílias dispõem de um sistema mais avançado de cultivo, denominado de cultura avançada do arado. Neste sistema, o agricultor combina seu trabalho com o de cavalos de tração a fim de puxar ou manipular os arados, as ceifadeiras, e faz ainda combinações com outras máquinas e equipamentos, podendo usar tratores para auxiliar no manejo da plantação.

Todas as famílias de São Pedro e do Retiro apresentam uma característica da agricultura mecanizada: o controle das ervas daninhas e o uso de agrotóxicos. Duas famílias não trabalham com agricultura, sendo que uma trabalha somente com gado e a outra se sustenta apenas com a aposentadoria.

Quanto ao uso de agrotóxico na lavoura, muitos mencionaram a "isca", definida como "bolinhas de veneno", que se usa contra um tipo de formiga. Ao invés de a formiga cortar e carregar o alimento, pega a "isca" e leva para o formigueiro, onde as demais morrem envenenadas. Segundo relatos:

> *... e tem formiga carregadeira que, se encontra mandioca, elas cortam tudo. Aí a gente usa, uns chamam de isca mas eu não sei o nome.*
> (Senhora M3)

Também há relatos do uso de defensivos agrícolas de outra categoria, provavelmente do tipo pulverizado:

> *Aqui num deu, mas tem tempo que dá sim, às vezes a gente usa um veneno pra impedir ele, mas nós usamos mais veneno pra o chupa-chupa que quando planta mais cedo tem que colocar o veneno, aí nós batemos mais quando já tá começando a dar a praga, a hora que vê que tá dando põe o veneno.*
> (Senhor H4)

Segundo Queiroz (1973), esta prática de utilização de defensivos agrícolas é pouco utilizada por pequenos agricultores devido ao seu alto custo. Nas comunidades estudadas, percebe-se também que os moradores não utilizam muito os agrotóxicos por terem um custo elevado, conforme se fala: "num uso tanto veneno assim, porque é caro, o único que dá pra comprar é a isca, e assim mesmo pouco, porque é muito caro" (Senhora M6).

Segundo Brito *et al* (2005), a utilização de agrotóxicos no Brasil tem determinado um forte impacto do ponto da vista de saúde ambiental e coletiva, com contaminação de compartimentos ambientais (água, ar, solo), de alimentos e de populações. Este cenário leva a uma exposição exacerbada do homem a esses produtos, que resulta em muitos casos de intoxicação e óbito. É importante enfatizar que, além do agricultor, em muitas áreas rurais do país encontra-se uma realidade de exposição também de seus familiares, incluindo adultos, idosos, jovens e crianças, principalmente em comunidades agrícolas de pequeno porte.

Cabe ressaltar que o distrito de Joselândia localiza-se em uma região inundável, o que torna mais preocupante o uso de defensivos agrícolas, pois estes se disseminam através da água e podem atingir uma vasta região, aumentando os riscos das pessoas que vivem na área.

Historicamente, o uso de agrotóxicos foi incentivado pelo governo brasileiro, uma vez que vinculava empréstimos à compra de defensivos, além de estimular a visão de que o uso de agrotóxicos era símbolo de modernidade no campo. Ocorre que, em pequenas comunidades, a mescla de carência de recursos de naturezas diversas (como

educação, saneamento, saúde) e uso exacerbado – já que o agrotóxico é visto como uma forma de garantia das safras – favorece a vulnerabilidade dessas comunidades (BRITO *et al,* 2005).

Entretanto, muitos alegaram que se alguma praga atinge a lavoura é utilizada a benzeção da plantação, conforme fala do entrevistado:

> *... a benzeção, minha filha, ela é muito poderosa, tem vezes chega lá no mato e tá tudo o arroz cheio de chupa-chupa, aí vai lá, faz um benzeção e vai pra casa, no outro dia vai lá e sumiu tudo...".*
> (Senhor H10)

Queiroz (1978), em seu estudo, constatou a importância da religiosidade no meio rural, sendo esta muitas vezes um elo de coesão social, além de seus atributos curativos, tanto em relação à saúde dos indivíduos quanto em relação à saúde da terra. Nas comunidades de São Pedro e Retiro, nota-se a importância da religiosidade, a fé espiritual combatendo os males materiais e ajudando na luta diária dos moradores, exemplificada em muitas residências pela presença de um altar dedicado às figuras santas (Figura 06).

Figura 06: Oratório de uma residência na Comunidade de São Pedro, Distrito de Joselândia, Barão de Melgaço-MT

Fotografado pela autora, 2008.

Mota (2008), em seu estudo sobre as práticas de cura em Joselândia, destacou o papel do benzedor na comunidade. Este é procurado para combater os males tanto do corpo quanto da lavoura e tem papel fundamental na vida dos moradores. Destaca-se que o benzedor que cura os males da lavoura é a figura masculina, enquanto que para curar doenças é de ambos os sexos.

Isto destaca os papéis de homem e mulher nessas famílias, pois o benzedor masculino cuida da lavoura, uma vez que o responsável pela lavoura e a criação de gado é figura masculina – chefe da família, filhos e netos. A figura feminina – esposa, filhas e netas – cuida dos afazeres domésticos e animais que são criados ao redor da casa, quais sejam, porcos e galinhas. Os porcos e as galinhas são criados para consumo próprio, segundo os informantes *"*só pras despesas da casa*"*.

A proteção usada na lavoura é o chapéu, o uso de botinas é pouco referido, pois as pessoas em geral preferem andar de chinelos ou com os pés descalços. As principais ferramentas usadas são as foices e as enxadas.

A criação de galinhas inviabiliza o plantio de hortas, sendo que apenas um dos entrevistados tinha horta nos arredores da casa, contudo o mesmo reforçou que isto apenas era possível porque estava bem cercada, protegida da ação das galinhas.

Identifica-se, portanto, uma diferença de gênero na distribuição da atividade laboral. A participação dos trabalhadores do sexo masculino é mais expressiva no trato com a lavoura e o gado, enquanto que a da mulher é no espaço da casa e ao redor dela, com cuidados domésticos e trato de animais, como porcos e galinhas.

Conforme Brumer (2004), na divisão do trabalho das famílias agrícolas as mulheres são responsáveis praticamente sozinhas pelo trabalho doméstico, ou seja, pelo preparo dos alimentos, pelos cuidados com a casa e com a roupa e ainda com a educação dos filhos. Os homens, no entanto, assumem as obrigações com o sustento da casa, com o trabalho pesado e geralmente não se envolvem com as tarefas domésticas. Contudo, salientamos que o atributo desse trabalho "pesado" ou "leve" é determinado culturalmente, uma vez que não apresenta relação direta com a carga ou com o esforço

físico na realização das tarefas; no entanto as atividades executadas pelas mulheres, compreendidas como "leves", envolvem também o trabalho na colheita dos produtos agrícolas, carregar os filhos e buscar água em lugares distantes do domicílio; trabalhos estes que também podem ser considerados "pesados" (BRUMER, 2004).

A ideia de que existem funções masculinas e funções femininas está tão disseminada em nossa sociedade que, apesar das mudanças paradigmáticas do papel da mulher, ainda é possível identificar a estrutura patriarcal em alguns grupos sociais, em especial naqueles que preservam as características tradicionais da estrutura familiar, como nas comunidades rurais. O reflexo da estrutura familiar é evidenciado na fala de uma entrevistada:

> *...eu sempre ajudei o velho como eu pude, fazendo, cuidando da casa, das galinhas, e também na hora de colher, porque ele não deixava eu arar a terra junto com ele, era só na hora de colher que eu ia, mas eu sempre tava ajudando, sempre cuidando da casa.*
> (Senhora M1)

Apesar das múltiplas funções exercidas pela mulher na unidade familiar e de sua produção, seu trabalho é tido como de "apoio" às atividades do marido. Estas sim são consideradas essenciais, pois são eles, os homens, que utilizam as máquinas agrícolas, são os responsáveis pela venda dos produtos da propriedade e pela administração dos recursos financeiros.

Conforme Reis (2008), à mulher joselandense compete o cuidado a todas as pessoas da família, e este perpassa as noções que a mulher tem sobre saúde e doença. Ela promove o seu cuidado, controlando, por exemplo, a ingestão de alimentos considerados "quentes" ou "frios", "pesados" ou "leves", de acordo com a idade e o estado de saúde da pessoa. A senhora M6 relatou: "Quando eu fico doente, minhas filhas fazem chá de planta do mato, que é remédio, não como nada quente quando tomo o chá".

Conforme Brumer (2004) há uma relativa invisibilidade do trabalho desenvolvido não só pelas mulheres mas também por crianças e jovens, fundamentada

nas tradições culturais que priorizam os homens sobre as mulheres na execução de tarefas mais especializadas. Entretanto, esse trabalho desenvolvido pelas mulheres e filhos é respeitado no contexto familiar das comunidades estudadas, pois também é essencial para a manutenção do lar. Podemos observar isto na fala de um entrevistado:

> *...mas a minha veia sempre me ajudou, sem ela eu num era nada, porque ela que me ajudava quando as criança era pequena, ela levava tudo eles pequeninho pra roça comigo, forrava um pano no chão, colocava eles lá e ia pra lida comigo.*
> (Senhor H2)

A identidade cultural é percebida na conduta dos informantes. Quando indagados sobre como foi sua vida quando jovem, os entrevistados definiram em apenas duas expressões: "nasci e criei aqui" e "sou filho da terra" que revelam a relação de identidade e afetividade entre o homem pantaneiro e sua terra. A segunda expressão citada revela-se até bem forte, pois se compara a relação entre o homem e a terra com a relação entre a mãe e o filho, sabidamente um dos vínculos mais fortes que uma pessoa pode ter. Vejamos o registro desta fala:

> *... eu até tentei morar lá em Cuiabá porque aqui as coisa é tão difícil, lá tem mais estrutura, mas num deu certo, num gostei, falei: eu vou é voltar, eu tenho a casa lá, quando eu preciso tenho onde ficar, mais morar mesmo eu prefiro aqui.*
> (Senhor H1)

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – Unesco (1998), a expressão "identidade cultural" é compreendida como o conjunto de referências culturais pelas quais uma pessoa, individualmente ou em coletividade, se define, se constitui, se comunica e se propõe a ser reconhecida em sua dignidade".

Conforme Castells (1999), a construção da identidade se dá através da matéria-prima fornecida pela história, geografia, biologia, instituições produtivas e reprodutivas, pela memória coletiva e por fantasias pessoais, pelos aparatos de poder e revelações de cunho religioso. Todos esses materiais são processados pelos indivíduos, grupos sociais

e sociedades, que reorganizam seu significado em função de tendências sociais e projetos culturais enraizados em sua estrutura social.

Para os idosos e familiares deste estudo a identidade está primariamente relacionada com a atividade agrícola e a partir dela a memória coletiva é construída pela transmissão oral.

CAPÍTULO III – REDES DE APOIO SOCIAL EM SAÚDE PARA OS IDOSOS

CAPÍTULO III – REDES DE APOIO SOCIAL EM SAÚDE PARA OS IDOSOS

Para o cuidado com os idosos de Joselândia, são mobilizados diversos recursos materiais e imateriais, bem como as redes de apoio em saúde no momento de "precisão". Neste capítulo, faremos uma reflexão sobre o modo de inserção dos idosos entrevistados nas redes de ajuda mútua entre familiares e vizinhos.

Barcellos *et al* (2008) afirmam que, se o território tem essa dimensão simbólica tão relevante, a ideia de território caminharia, então, do político para o cultural, ou seja, das fronteiras dos povos aos limites do corpo e do afeto das pessoas. Com forte apelo antropológico, essa abordagem de território abre boas possibilidades para as análises em saúde, particularmente para a atenção básica, como também para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente nos espaços comunitários.

Considerando que o território, na sua concepção simbólica, é caracterizado também pelas pessoas que nele habitam e que os sujeitos abordados nesta pesquisa são os idosos, faz-se necessário compreender as concepções destes acerca do território em que vivem. Porém, o processo do envelhecimento traz consigo um novo papel social para o idoso, o de *lembrar*.

3.1. OS IDOSOS ENTREVISTADOS

Quando questionados se a vida era melhor quando jovem ou agora quando idoso, as opiniões divergem. No sentido do plantio, alguns dizem que o tempo passado era melhor porque "a terra dava mais, colhia mais do que hoje*"* (Senhor H9). Outros dizem que plantar hoje é mais fácil porque *"*agora tá até mais fácil porque quando eu tava no tempo de criança era tudo mais difícil, nóis cortava árvore no machado, era bem difícil naquela época*"*(Senhor H3).

Alguns compararam a vida atual com a passada no sentido da facilidade de obtenção de produtos: *"*Hoje tá bom, hoje tem créditos, se você tá precisando de café,

um guaraná, um açúcar, tem crédito, antes não, agora você paga depois*"*(Senhor H6). Porém há quem diga que no passado era melhor: *"*Naquele tempo era mais fácil porque os mascates traziam tudo na porta quando tava cheio, e na seca ia na beira do rio com um saco de arroz, voltava cheio de mantimentos. Hoje é só no dinheiro e num compra nada*"*(Senhora M3).

Em seu estudo sobre memórias de velhos, Bosi (1994) revelou que os idosos já atravessaram um determinado tipo de sociedade, com suas características, viveram quadros de referência familiar e cultural, enfim, sua memória pode ser desenhada sobre um pano de fundo mais bem definido do que a memória de uma pessoa jovem.

Assim, quando lembra de algo, o idoso não está em seu momento de fuga, como acontece com uma pessoa adulta, economicamente ativa. O idoso, quando lembra, está se ocupando consciente e atentamente do próprio passado, da substância mesma de sua vida. No momento em que deixa de produzir, o idoso se coloca em uma posição social de lembrar, de ser a memória da família, do grupo, da sociedade.

Nos idosos entrevistados percebe-se bem este papel: quando são solicitados a recordar de seu tempo de jovem, eles se colocam no papel de avaliar as épocas vividas e dar um conceito de "bom" ou "ruim", colocando sua experiência para ajudar no julgamento da situação atual.

Esta avaliação feita pelos idosos se dá em vários campos da vida, mas em nenhum deles com tanto vigor quanto no campo da saúde. É nele que estão ancorados os aspectos de trabalho, lazer e qualidade de vida. No processo de envelhecimento, esses aspectos sofrem importantes alterações que podem levar o idoso a buscar a saúde da juventude.

Quando uma pessoa sofre algum desconforto físico ou emocional, tem várias maneiras de se autoajudar ou buscar a ajuda de outros. Helman (1994) propõe que existem três alternativas de assistência à saúde, sobrepostos entre si, quais sejam: a informal, a popular e a profissional. Cada alternativa possui seus próprios meios de explicar e tratar as doenças, como também de definir quem é o curador e quem é o paciente.

A alternativa informal é o campo leigo no qual as doenças são reconhecidas e definidas, para depois ser iniciado o tratamento, que inclui todas as alternativas a que as pessoas recorrem sem consultar curandeiros tradicionais ou profissionais. São exemplos: autotratamento e automedicação, conselho ou tratamento recomendado por um amigo ou parente, atividade de cura em igrejas ou grupos de autoajuda. Como esses tratamentos são praticados entre pessoas ligadas umas às outras por laços de parentesco, amizade, associações ou residência comum, significa que compartilham concepções semelhantes sobre saúde e doença.

Na alternativa popular, segundo Helman (1994), determinados indivíduos tornam-se especializados em métodos de cura, que podem ser sagrados, seculares ou ambos. São curandeiros que não fazem parte do sistema médico oficial e ocupam uma posição intermediária entre a alternativa informal e a profissional. Esses curandeiros populares formam um grupo heterogêneo, com muitas variações, como parteiras, benzedeiros, extratores de dente e herboristas. O setor profissional compreende as profissões sindicalizadas e sancionadas legalmente, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e biomédicos, entre outros.

Em pesquisa realizada por Mota (2008) com 13 benzedores na localidade de Joselândia, observou-se que a prática de cura através da benzeção e uso de plantas medicinais é muito comum entre os moradores. A fé é um elemento presente no cotidiano desses moradores e, somada à sabedoria popular sedimentada durante anos, traz uma realidade peculiar a essa comunidade pantaneira.

Considerando a alternativa profissional, na relação médico-pessoa, segundo Helman (1994), existem maneiras de pensar diferente sobre os problemas de saúde. A enfermidade (*disease*), como é visto o problema de saúde pelo médico; e a doença (*illness*), como é entendido o problema de saúde pela pessoa. A profissão médica tem características marcantes, tais como: racionalidade científica, objetividade, dualismo entre mente e corpo, visão das enfermidades (*disease*) como entidades, ênfase no indivíduo e não na família ou comunidade. Logo, a atenção médica é voltada para os aspectos biológicos, porque os classificam como reais e objetivos. Assim, quando o médico se depara com um sintoma, procura relacioná-lo a uma causa física, e se não

conseguir depois de realizados todos os procedimentos possíveis, o sintoma pode ser rotulado como "psicogênico" ou "psicossomático".

A saúde ou normalidade, como mensura Helman (1994), é definida através da referência a determinados parâmetros físicos ou bioquímicos, tais como peso, altura, circunferência abdominal, contagem sanguínea, pressão sanguínea, ritmo cardíaco ou dosagem de hormônios, sendo que para cada medida existe uma faixa numérica, um valor considerado normal. Um valor superior ou inferior a esta "normalidade" é considerado enfermidade (*disease*).

Conforme Helman (1994, p. 104), "a enfermidade (*disease*), portanto, é o que o órgão tem; a doença (*illness*) é o que o homem tem". Isto porque se deve considerar ainda a perspectiva da pessoa, como ela compreende a doença (*illness*). O autor expõe que a doença (*illness*) é a resposta subjetiva da pessoa ao seu mal-estar, e, ainda, o subjetivismo de todos que a cercam. A definição de doença inclui a experiência pessoal do problema de saúde e o significado que o indivíduo atribui à mesma. Assim, a mesma doença (*illness*) ou enfermidade (*disease*) pode ser vista de maneira diferente por duas pessoas, e isto também vai influenciar no comportamento que ambas terão frente ao mal-estar.

Neste estudo trabalhou-se com a noção de doença (*illness*), uma vez que a preocupação é com a visão de saúde e doença da população campesina e de enfermidade (*disease*). Assim, os idosos entrevistados têm, geralmente, uma visão de que desfrutam de muita saúde, pois *"*ah, eu nunca fico doente, num lembro de ter ficado doente*"* (senhor H4) ou *"*nem lembro quando foi a última vez que fiquei doente*"* (senhor H6).

Alguns depoimentos mostram, ainda, qual é a visão de doença: *"*Num lembro de ter ficado internada, nunca internei nem fiquei na cama doente*"* (senhora M6). Para esta última, a concepção de doença está relacionada com internação hospitalar, ou seja, a doença (*illness*) é vista como aquele processo que a tira do contexto familiar, seja pelo motivo de estar acamada ou por estar internada em um hospital.

Pelo fato de o tipo de trabalho nesta comunidade campesina ser o trato com a roça e os animais, tanto idosos quanto adultos necessitam de esforço físico para a

garantia da sobrevivência, o que faz com que uma doença seja considerada como tal se limitar ou impedir o trabalho campesino.

Porém, há relatos que citam algumas doenças como: **"**às vezes tem uma gripe, arca caída, mas logo cura, num tem problema porque tem que trabalhar, né, num é uma gripe que me derruba." (senhor H5) ou "doença mesmo não, só arca caída, um quebrante, uma gripe, mas nunca fiquei doente, nunca deixei de trabalhar*"* (senhor H5). Assim, a doença (*illness*) está relacionada diretamente à incapacidade de trabalhar.

É imprescindível considerar as percepções do processo saúde-doença na visão da população em estudo. Para os idosos entrevistados, apenas era considerada a doença que os tivessem impedido de trabalhar. Muitos admitiram nunca ter ficado doentes, porém, quando indagados sobre doenças comuns do ambiente doméstico, como gripe, diarréia ou mal-estar, todos responderam que ficavam doentes poucas vezes e que um chá resolvia o problema. Quando se questionava se alguém o ajudava preparando um chá ou mesmo indo buscar a planta, os informantes respondiam que o cônjuge ou um filho ajudava.

Ponderando sobre essas formas de compreensão do processo saúde-doença – sob a visão do paciente e sob a visão do profissional –, faz-se uma intersecção entre esses conceitos e um segmento cada vez mais crescente da sociedade: a população idosa.

As pessoas idosas são um grupo bastante heterogêneo, embora os estereótipos sejam atribuídos a todos. Logo, esta crença negativa também se reproduz nos próprios idosos e a aposentadoria e a percepção da não-produtividade também são responsáveis por sentimentos negativos, mas no tocante à população em questão, o fato de ser aposentado pode constituir um fator positivo, pois em muitos casos representa a principal fonte de renda da família.

Porém, nas comunidades campesinas de modo geral há um "respeito" pelos idosos tanto pelo conhecimento sobre o "saber plantar" como pelo aspecto moral, influenciado pela religião. O idoso é visto como sinônimo de sabedoria entre os demais integrantes da família e da comunidade, participando ativamente das decisões familiares e comunitárias.

Conforme Bueno *et al* (2008), as alterações relacionadas com a idade ocorrem praticamente em todas as partes do corpo, trazendo diversas mudanças funcionais ao organismo do idoso. O trabalho rural, por exigir demasiado esforço físico, faz com que as alterações relacionadas com o envelhecimento sejam mais intensas, devido à exaustão física e exposição solar.

Na população em estudo foram encontrados alguns problemas de saúde relacionados ao processo de envelhecimento, referidos pelos idosos: um episódio de queda na família A (senhora M1) e hipertensão arterial nas famílias C e I – a senhora M3 e os senhores H3 e H9, sendo que estes tiveram "derrame", uma complicação da hipertensão arterial. Foi constatada também a presença de hanseníase em duas famílias: na família B, o senhor H2 já está curado mas sofre com sequelas; e na família L, a senhora M6 ainda tem a doença apesar de estar em tratamento e já sofre com sequelas.

Parte desses problemas reflete a dificuldade do acesso aos serviços de saúde oficiais, que são responsáveis pelo controle de doenças crônicas como a hipertensão e de doenças transmissíveis como a hanseníase. A ineficiência dos serviços oficiais com os moradores idosos de Joselândia pode ser um fator agravante na qualidade de vida dessas pessoas.

3.2. PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS AO ENVELHECIMENTO

No idoso frágil, muitos problemas ou síndromes são frequentemente observados. A doença, quer aguda ou crônica, geralmente resulta de vários fatores e não de uma única causa. Quando combinados a uma diminuição na resistência do hospedeiro, esses fatores levam a um estado de doença ou lesão. Como os problemas podem se desenvolver lentamente, o início dos sintomas é frequentemente agudo. Além disso, os sintomas apresentados podem aparecer em outros sistemas corporais antes de se tornarem evidentes no sistema afetado. O termo *fragilidade* é usado para descrever aqueles idosos em risco mais elevado de resultados adversos de saúde ou de síndromes geriátricas. A definição mais amplamente acordada para a fragilidade aplica-se àquelas pessoas idosas que são mais vulneráveis a problemas significativos em consequência de

um ou mais dos seguintes itens: idade muito avançada (85 anos ou mais), incapacidade de realizar o autocuidado de forma independente e presença de múltiplas doenças crônicas (Smeltzer & Bare, 2002). Considerando a senhora M3 – acometida por fratura de fêmur – segundo relatos da própria, não havia nenhuma dificuldade em realizar o autocuidado, pois segundo ela "antes do acidente eu fazia de tudo, minha filha, lavava roupa, limpava a casa, fazia comida, ajudava o velho, trabalhava mesmo, mas agora não, e me dá uma tristeza..*."*. Portanto, segundo a senhora M3, ela não se encontrava em situação de fragilidade, porém, apesar de antes do acidente não apresentar indícios de ter este problema, apresentou duas situações decorrentes da situação de fragilidade, quais sejam, a tonteira e a queda. Ainda nesta fala percebe-se a relação de doença e trabalho, pois a idosa alega tristeza por não poder trabalhar devido ao fato de estar convalescente.

Dentre os problemas enfrentados pelos idosos considerados frágeis está a mobilidade comprometida, a tonteira e a queda. Segundo Smeltzer & Bare (2002), as causas da diminuição da mobilidade são multifatoriais. As mais comuns incluem a doença de Parkinson, a neuropatia diabética, o comprometimento cardiovascular, a osteoartrite, a osteoporose e os déficits sensoriais. As pessoas idosas devem ser encorajadas a realizar o máximo de atividade possível, de modo a evitar a espiral decrescente da imobilidade. Durante a doença os períodos de repouso no leito devem ser mantidos o mínimo possível. Mesmo os períodos de breve descanso no leito levam rapidamente ao descondicionamento e, por conseguinte, a uma ampla gama de complicações.

A dificuldade do acesso aos serviços de saúde pode ser um fator agravante de fragilidade nesses idosos, pois eles estão sendo privados de uma assistência à saúde que ajude a prevenir os riscos previstos no envelhecimento. Somado a isso, o idoso campesino atravessa o processo de envelhecimento mais rápido devido ao tipo de trabalho que executa, agravando ainda mais a situação.

Cabe ressaltar que, apesar dessas características, os idosos campesinos de Joselândia têm, de um modo geral, uma longevidade maior que os idosos que moram em centros urbanos, e também envelhecem com uma qualidade de vida melhor, pois foi observada muita independência nas atividades da vida cotidiana.

Segundo Perracini e Ramos (2002), o aumento da proporção de idosos na população brasileira traz à tona a discussão a respeito de eventos incapacitantes nessa faixa etária, dos quais se destacam a ocorrência de quedas, bastante comum e temida pela maioria das pessoas idosas por suas consequências, especialmente a fratura de quadril. Cerca de 30% dos idosos em países ocidentais sofrem queda ao menos uma vez ao ano; aproximadamente metade sofre duas ou mais quedas. A frequência é menor nos países orientais, onde cerca de 15% dos idosos caem uma vez ao ano e apenas 7,2% caem de forma recorrente. As quedas em idosos têm como consequências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o medo de cair, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização. Geram não apenas prejuízo físico e psicológico, mas também aumento dos custos com os cuidados de saúde, expressos pela utilização de vários serviços especializados e, principalmente, pelo aumento das hospitalizações.

A tonteira apresenta-se como um desafio particular, porque existem muitas causas internas e externas possíveis. Para muitos, o problema é mais complicado devido à incapacidade de diferenciar entre a sensação da tonteira verdadeira (uma sensação de desorientação em relação à posição) e vertigem (uma sensação de rotação). As outras sensações similares incluem a quase síncope e o desequilíbrio. As causas para essas sensações variam em gravidade, desde as pequenas, como na impactação do cerume, até as significativas, como na disfunção do córtex cerebral, cerebelo, tronco cerebral, receptores proprioceptivos e sistema vestibular. Mesmo uma causa pequena como a impactação do cerume pode resultar na perda do equilíbrio e subsequentes queda e lesão (Smeltzer e Bare, 2002).

Para Fabrício *et al* (2004), a queda é uma fonte comum e previsível de mortalidade e morbidade em adultos idosos. Em consequência dos múltiplos distúrbios fisiológicos iatrogênicos possíveis, as quedas causam sequelas negativas adicionais. No geral as mulheres parecem sofrer quedas mais graves que os homens. A fratura de ocorrência mais comum, a partir de uma queda, é a de quadril, resultante das co-morbidades combinadas da osteoporose e do distúrbio ou situação que provoca a queda. As lesões ocupam o sétimo lugar como causa de morte entre as pessoas idosas. As

quedas, a principal causa de trauma no idoso, não são frequentemente fatais, porém ameaçam a saúde e a qualidade de vida.

As consequências normais e patológicas do envelhecimento que contribuem para uma maior incidência de quedas incluem alterações visuais como a perda da percepção de profundidade, suscetibilidade a ofuscação, a perda da acuidade visual e a dificuldade na acomodação à luz. As alterações neurológicas englobam a perda do equilíbrio, a perda do sentido de posição e o tempo de reação retardado. As alterações cognitivas incluem confusão, perda de julgamento e comportamento impulsivo. As alterações músculo-esqueléticas englobam a postura alterada e a força muscular diminuída.

A senhora M3 apresentou um episódio de tonteira seguido de queda que resultou em fratura de fêmur, conforme relato:

> *Meu filho estava dormindo e eu num quis acordar ele, falei: deixa ele dormir mais um bocadinho, quando eu meti a mão no trinco da porta, minha cabeça rodou e me deu aquela zonzura que nem vi pra onde que eu fui, eu caí e fui rolando até que minha perna enroscou na perna da cama.*

Assim, percebe-se claramente a ocorrência de um problema muito comum no processo de envelhecimento, que causou um grande impacto na vida da senhora M3, pois a mesma, no momento da entrevista, deambulava com o uso de um andador. Porém, existem outros problemas que acometem o idoso, como, por exemplo, a hipertensão arterial.

Conforme Araújo (1999), a hipertensão arterial atinge cerca de 20% da população adulta mundial e é ainda um dos grandes desafios para a medicina, sendo extensa a relação entre sua existência e as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares: em contrapartida, essas taxas declinam nos países onde foram desenvolvidos programas de controle. A hipertensão arterial é uma doença com múltiplos fatores etiológicos e apresenta larga variedade de mecanismos fisiopatológicos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é definida como uma doença caracterizada por elevação crônica da pressão arterial. Considera-se que mesmo aqueles

indivíduos que podem não ser diagnosticados como portadores de hipertensão arterial devem ser atendidos por um programa educativo e de acompanhamento, uma vez que potencialmente podem desenvolver esse quadro, em especial quando apresentam fatores de risco como idade, complicações cardiovasculares anteriores, lesão de órgãos como hipertrofia ventricular esquerda ou alterações renais, tabagismo, diabetes, dislipidermia, obesidade e vida sedentária.

Dos idosos entrevistados, três admitiram ser hipertensos, sendo que dois sofreram uma complicação comum da hipertensão, o acidente vascular encefálico (AVE), porém sem nenhuma sequela para ambos.

3.3. PROBLEMAS DE SAÚDE NÃO RELACIONADOS AO ENVELHECIMENTO

A hanseníase foi identificada em duas famílias no distrito de Joselândia, sendo que o senhor H2 foi curado porém sofre com sequelas e a senhora M6 que atualmente faz o tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde e que também já sofre com sequelas.

A hanseníase é uma doença mundialmente conhecida pela denominação popular de lepra, sendo uma das moléstias mais antigas que vêm atacando o homem durante a trajetória de sua existência. Até a década de 40 do século passado o tratamento da hanseníase era paliativo. Com o advento da sulfona, surgiu a possibilidade de cura que não se efetivou em virtude de alguns fatores principais: tratamento prolongado, resistência medicamentosa e abandono de tratamento (OLIVEIRA e FRAGA, 1999).

Tavares (2007) infere que os relatos mais antigos datam de 4266 a.C. no Egito, 500 a 2000 a.C. nos livros sagrados da Índia e 1100 a.C. na China. Nessas antigas civilizações, a doença era considerada uma punição e os doentes eram obrigados a usar trajes especiais para o seu reconhecimento à distância e eram segregados da sociedade. Essas atitudes bárbaras, associadas às deformidades e às mutilações que a doença provocava, geraram o preconceito e a discriminação que ainda persiste até os dias de hoje.

Oliveira e Fraga (1999) explanam que a hanseníase continua a representar para o Brasil um dos graves problemas de saúde pública: por ser uma doença incapacitante decorrente do seu diagnóstico tardio; pelo tempo de duração do tratamento ainda prolongado; por causa do despreparo e/ou falta de compromisso dos profissionais da saúde com a doença e o paciente pelo abandono de tratamento. Ao elevado percentual de abandono do tratamento associa-se a longa duração deste (24 meses). De outro lado, também deve ser considerado o fato de a medicação ser mais tóxica e provocar mais efeitos colaterais e a ocorrência de estados reacionais mais frequentes.

Santos e Oliveira (1999) revelam que o medo da doença, por sua vez, esteve associado a dúvidas sobre a sua gravidade e ao desconhecimento sobre o modo de transmissão. A vergonha esteve relacionada à modificação da autoimagem, provocada pela presença das lesões e hiperpigmentação da pele, facilmente percebidas e discriminadas por outras pessoas.

O senhor H2 pode confirmar sua percepção sobre a hanseníase: *"*eu nunca achei que pudesse ter essa doença, porque meu pé nunca ficou torto e não tinha mancha". Este entrevistado ainda nos revela que: "eu até hoje não sei se o que eu tive foi hanseníase porque meu pé tá inteiro e eu sinto quando eu pego". Santos e Oliveira (1999) revelam que o conhecimento dos sujeitos sobre a doença é precário e frequentemente distorcido pelos preconceitos introjetados na sociedade que expressam dúvidas quanto ao modo de transmissão da doença e da cura. Houve ênfase quanto ao caráter mutilante e deformante da doença.

Os preconceitos dominantes na sociedade e as noções errôneas sobre a cura da doença contribuem para que os clientes selecionem e até distorçam as informações recebidas, o que tende a prejudicar a motivação para o tratamento.

O preconceito não é o único responsável pela não-adesão ao tratamento. Muitas vezes o serviço de saúde não se compromete com o sujeito, por vezes não oferecendo o tratamento adequado, atrasando as medicações ou não as disponibilizando da maneira correta.

As entrevistas confirmam que os entrevistados não dão crédito ao tratamento, conforme se registra nesta fala: “Eu acho que esse remédio não cura porque eu tomo ele e fico fraco, sem ele eu fico bem, remédio tem que deixar a gente bem*”*.

A causa primária para o abandono é a sensação dos clientes de estarem curados, quer seja pelo número escasso de lesões ou pelo desaparecimento das mesmas. O abandono do tratamento por parte do cliente hanseniano apresenta-se na atualidade como um problema complexo e de difícil solução, contribuindo para sua ocorrência um significativo número de fatores. Têm peso relevante nesta determinação fatores relacionados à condição de vida do cliente, à história e à cultura estigmatizante da doença, ao funcionamento do serviço, ao preparo e à postura dos profissionais de saúde, às políticas de saúde e ao descaso das autoridades sanitárias quanto à dispensa suficiente, eficaz e em tempo hábil da medicação específica.

3.4. O CUIDADO E AS REDES DE APOIO SOCIAL EM SAÚDE

A família é chefiada pelos idosos, que são responsáveis também pela manutenção e cuidado dos filhos (adultos e adolescentes) e netos. A renda da aposentadoria é que mantém a casa, cobrindo as necessidades que a terra não consegue suprir, tais como roupas, calçados, remédios e até mesmo alimentos complementares ou essenciais, quando o resultado da lavoura não é satisfatório. Logo, o dinheiro da aposentadoria é fundamental, porém como não há serviço bancário nas comunidades, a necessidade de retirar o recurso da aposentadoria em outras localidades faz com os idosos gastem parte dela com transporte, comprometendo a renda de toda a família.

Percebe-se que o idoso tem papel fundamental na unidade familiar, que se revela uma continuação da função que desempenhava quando adulto. Ao ser convidado a lembrar da vida quando adulto jovem, cada idoso relatou sua vida como uma luta diária pela sobrevivência e criação dos filhos. A maioria dos informantes sempre permaneceu na região, por vezes em outras comunidades, tais como Matão e Pimenteira, porém sempre trabalhando com lavoura e criação de animais. Cada informante relatou sua história com sinais de cansaço pela dificuldade de sobreviver na região:

> *...sou residente daqui, meus pais e meus avós não, eles vinheram de fora, aí eu tô aqui até a idade que eu tô hoje... É, eles estavam andando e viram esse lugar, acharam bom e ficaram. Quando eu nasci eles já eram morador antigo daqui e minha vida desde pequeno é na roça, desde 12 eu luto no serviço da roça e da lavoura..*
> (Senhor H4)

Neste outro relato, é possível perceber que a luta diária no campo não faz distinção de gênero, pois muitas entrevistadas relataram que, quando jovens, trabalhavam na roça junto com o marido:

> *Só na roça, nóis trabalhava e plantava aqui, milho, arroz, mandioca, feijão, banana, nóis não tinha dinheiro pra comprar arame, cercava de pau, que eu ia buracando e o velho retalhano, aí nóis compramos, nóis plantava bastante mio. Aí compramos três novilha, um com dinheiro de arroz, ah, dava bastante, aí comprava, aí sobrava, a gente num ficava sem trabalhar, tinha que trabalhar... Comprava tecido, café, açúcar, guaraná, todas as coisas..*
> (Senhora M2)

Para Bourdieu (1989), num estado de campo em que se vê o poder por toda a parte, é necessário descobri-lo onde ele se deixa ver menos, onde ele é mais completamente ignorado, portanto reconhecido: o poder simbólico é esse poder invisível, o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não sabem que lhe são sujeitos ou mesmo que o exercem.

O poder simbólico é o sentido imediato do mundo. Para esses moradores, a simbologia do que é esta terra em que vivem, como cuidar dela e como tirar dela o sustento de sua família é todo o sentido de sua existência. Por isso, esta associação de *filho da terra* é tão evidente na fala dos entrevistados. Bourdieu (1989) revela ainda que os símbolos são instrumentos de integração social: enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação, eles tornam possível o *consensus* acerca do sentido do mundo social que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social.

Assim sendo, Barcellos *et al* (2008) dizem que se o território tem essa dimensão simbólica tão relevante, a ideia de território caminharia então do político para o cultural, ou seja, das fronteiras dos povos aos limites do corpo e do afeto das pessoas. Com forte apelo antropológico, essa abordagem de território abre boas possibilidades para as análises em saúde, particularmente para a atenção básica, como também para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente nos espaços comunitários.

Esses territórios simbólicos, carregados de carga cultural, são marcados pela vizinhança, intimidade, emoção, cooperação e socialização com base na contiguidade. Essas relações de vizinhança configuram o que atualmente está sendo alvo de muita discussão e pesquisa: as redes. E este é exatamente o núcleo do presente estudo: focalizar os processos de interação social no ponto em que as relações entre o território rural e as ações sociais são expressivas e interferem no âmbito das condições de saúde da população.

À medida que se descobria o modo de relacionamento daquelas pessoas, percebia-se que a proximidade entre os atores sociais se mesclava, muitas vezes, com atributos tais como o parentesco ou a amizade, uma relação de afeto e de ajuda nos problemas do cotidiano, tal como nesta fala:

> *... quando adoecia, passava mal, aí pegava a vaquinha que tinha, vendia, esse tempo não tinha emprego, aí meu pai arrumava dinheiro, enquanto meu pai era vivo ainda tinha esperança, ele ajudava, era alegre, ajudava eu, aí minha mãe, coitada, era doente, depois que papai morreu, minha mãe era doente e ela veio morar com a gente, aí meu irmão também ajudava, esse que tá aí, o que morreu pescava, ajudava, coitado, no Natal dava um peixe, um pedaço.*
> (Senhora M2)

O parentesco, a amizade e a identidade interligam as pessoas em relações de reciprocidade, por diversos motivos. Entre eles, um aspecto chamou mais a atenção do que todos os outros: o papel das relações de reciprocidade para a manutenção da saúde.

Mauss (2001) define que a reciprocidade é o estabelecimento de uma troca. As trocas não podem ser voluntárias exatamente porque não são dadas ou determinadas. A reciprocidade é um "ato". A troca é um ato que separa os homens e os coloca frente a frente. Existe uma tensão para a acumulação do capital simbólico que não corresponde a uma intenção consciente. Ela não é individual, é uma disposição do "habitus" que é a generosidade, e que tende, sem intenção explícita e expressa, à conservação ou ao aumento do capital simbólico.

O comportamento generoso não é, portanto, deliberado, ele é entendido como a única coisa a se fazer. Embora não seja calculista, a economia do dom, na recusa ao capital econômico, visa à acumulação de um capital que pode ser traduzido em riquezas de aliados e serviços, tornando os seus praticantes credores, enfim, de reconhecimento. Neste sentido, o capital simbólico é um crédito. Não existe acumulação de um tal capital se não houver um outro que olhe e avalie a ação generosa ou corajosa. Assim, o dom só é possível ali onde são esperadas, recompensadas e reconhecidas as ações generosas (MAUSS, 2001).

Assim, a estrutura familiar é muito importante, no sentido de acumulação de capital simbólico. Existe um elo muito forte entre os membros, cada um ajudando como pode a melhorar a vida do outro. Em uma maneira de conhecer essa ajuda, foi indagado aos informantes quem ajuda na hora da "precisão" e houve uma diferenciação nas respostas obtidas.

Os moradores de São Pedro responderam, em sua maioria, que os filhos ajudavam como podiam, com algum alimento para casa, pagando uma conta, trabalhando na roça ou pagando alguém para isso, transportando para a cidade, levando a um serviço de saúde, conforme depoimento:

> *É minha filha que Deus mandou pra mim, graças a Deus minha filha compra meus remédios, ela manda com quem sempre vem pra cá, não deixa faltar os remédios, porque meus remédios tem que tomar certo, e algum remédio caseiro, e corto a gordura e evito bastante, assim, o sal e a gordura.*
> (Senhora M2)

Porém, os moradores do Retiro responderam que “ninguém me ajuda”, e investigando melhor, descobriu-se que os filhos ajudam com trabalho, mas não com dinheiro, pois também estão em situação econômica difícil, conforme traduz esta fala: “Ninguém me ajuda, só os filhos que trabalham na roça, senão num tem o que comer, ajuda em alguma coisa da casa, mas fora isso ninguém faz nada” (Senhor H9). Nota-se que em ambos os casos a preocupação dos filhos está presente, não havendo cobrança por parte dos pais, e isso permeia as relações de reciprocidade, adquiridas enquanto valor moral.

Pode-se perceber que os filhos ajudam bastante no contexto econômico, tanto com o próprio trabalho quanto com dinheiro (neste caso, trazendo o dinheiro para a casa). Também é possível observar que os moradores do Retiro se sentem “fracos” em relação aos moradores de São Pedro, tal qual neste relato: “Lá eles são forte, nóis é fraco, num tem condições de nada, a gente fica muito longe”.

Neste sentido, os moradores do Retiro se sentem “fracos” porque a localidade fica mais afastada da sede São Pedro. Segundo afirmam, quando acontece algum evento, como, por exemplo, o mutirão de atendimentos no posto de saúde, não são informados ou quando a informação chega até eles o mutirão já foi encerrado.

Todos os entrevistados de São Pedro têm um lugar para se hospedar na cidade de Cuiabá, em caso de necessidade, como por exemplo: problemas de saúde, buscar o dinheiro da aposentadoria ou alguma mercadoria. Este lugar pode ser uma casa própria, como no caso da família A: “Quando a veia quebrou a perna e ficou lá na cidade, foi quatro meses lá na casa de Cuiabá”.

Os moradores também utilizam a casa de um filho ou a de algum parente (sobrinho, tio, conhecido). Este vínculo com a cidade de Cuiabá também ajuda a receber o benefício da aposentadoria, porque na localidade não há estabelecimento bancário competente para tal função. Com o advento do salário, algum parente traz o dinheiro para a localidade no dia em que for visitar a comunidade.

Este fato não acontece na comunidade do Retiro, o que faz com que o aposentado gaste R$ 100,00 com transporte para a cidade a fim de receber o benefício, prejudicando

a renda mensal que já é bastante estreita. Uma maneira que os moradores encontram para diminuir o impacto da viagem é deixar acumular dois meses de salário e ir para a cidade, assim gastam somente duas passagens de ônibus ao invés de quatro.

Bourdieu (1983) explica toda essa estrutura social encontrada na comunidade como *habitus* na forma de um princípio que gera e estrutura as práticas. As representações são objetivamente regulamentadas e emuladas, sem que por isso sejam produto de obediência de regras. O *habitus* tende a orientar a ação, logo, na medida em que cada membro da família se propõe a ajudar o outro, ele tende a assegurar a reprodução dessas mesmas relações nos demais meios. Então existe uma relação de reciprocidade que transcende as gerações. Assim, Bourdieu lembra que a interiorização, pelas pessoas, dos valores e normas sociais assegura, dessa forma, a adequação entre as ações do sujeito e a realidade objetiva da sociedade como um todo.

Considerando que essas relações estabelecidas são primariamente reconhecidas no âmbito da família, esta deve ser entendida seja como relação intersubjetiva do mundo da vida, seja como instituição. Fonseca (2005) diz que a família representa diferentes significados, dependendo da categoria social. Para os grupos populares ela está ancorada nas atividades do dia-a-dia e nas redes de ajuda mútua.

Essa sociabilidade no cotidiano, segundo Santos (1996), será mais intensa e diretamente proporcional à maior proximidade entre as pessoas envolvidas. Esta relação de proximidade interessa diretamente ao campo da saúde, não apenas como uma distância cartesiana entre objetos e pessoas em um determinado espaço, mas como uma contiguidade física entre pessoas numa mesma extensão, vivendo intensamente suas inter-relações.

A família, segundo Serapione (2009), desempenha um papel importante na provisão de cuidado informal para com os seus membros. Há um geral reconhecimento de que ela está no centro das funções de cuidado. Uma grande parte do cuidado acontece no lar. A vida cotidiana doméstica é caracterizada pelo atendimento às necessidades físicas e psicológicas dos diferentes membros da família. É no seu contexto social que se salvaguarda a saúde e se lida com as doenças. A família representa, na verdade, a

unidade básica de atenção à saúde; é o primeiro nível de atenção à saúde. Neste sentido, o cuidado familiar constitui o fundamento do cuidado comunitário.

A estrutura familiar é muito importante no tecido social da região. Existe um elo muito forte entre os membros, cada um ajudando como pode a melhorar a vida do outro.

Conforme os relatos, quando o agravo à saúde é urgente, é preciso chamar o avião para chegar até a cidade o mais depressa possível. Porém o custo é elevado, uma viagem de avião para Cuiabá custa R$ 400,00, ou seja, quase todo o salário do aposentado. Em São Pedro, os filhos se reúnem, cada um colabora com um pouco de dinheiro e assim se paga o avião. No Retiro, quando alguém precisa do avião, pega o dinheiro da aposentadoria e paga. Depois, a despesa da casa é complementada com as mercadorias que são retiradas nas mercearias, nas quais se tem crédito. Segundo relatos, não é cobrado juro sobre o valor da dívida, porém quando indagados se o preço aumentava:

> *... eles num cobra juro não, mas por exemplo, se eu peguei um pacote de arroz que custa quinze reais, aí quando eu for lá pagar, se ainda custa quinze, eu pago quinze, mas se custar vinte naquele dia eu tenho que pagar vinte.*
> (Senhor H10)

Nas famílias de São Pedro observou-se que há uma diversificação nas atividades realizadas pelos filhos dos idosos, além da roça. Alguns deles passaram a exercer atividades como professores na escola local e comerciantes, garantindo assim uma outra fonte de renda para essas famílias.

Ao mesmo tempo, as redes de apoio se ampliam, no caso do cuidado com as doenças, pela ajuda dos parentes que residem em Cuiabá (as oito famílias de São Pedro têm algum vínculo em Cuiabá), e a partir daí outras redes de apoio são estabelecidas para o acesso aos serviços de saúde.

Após essas declarações, é possível perceber que existe uma diferença no potencial econômico das duas comunidades estudadas. A comunidade de São Pedro é bem mais estruturada, seus moradores têm melhores condições de moradia e de saneamento básico, quando comparados aos moradores da comunidade do Retiro. As diferenças não se dão apenas neste âmbito: os vínculos estabelecidos entre os membros

das famílias se modificam à medida que a maneira de ajudar em casa também se modifica. Os filhos têm papel importante na vida dos pais, no sentido de ajudar na melhoria da qualidade de vida, e os pais retribuem esta ajuda com gratidão e afeto, sedimentando a noção de reciprocidade. As redes de apoio entre as pessoas têm íntima relação com a terra, com o ciclo das águas e com o plantio, tendo um modo de vida bastante peculiar. O *habitus* do homem pantaneiro é um conjunto de símbolos com os quais ele convive, quais sejam: a terra enquanto geradora de alimentos e remédios, e a família como o foco das atenções, primeiro como filhos e depois como pais e avós.

No entanto, embora os idosos necessitem de cuidados decorrentes do próprio processo do envelhecimento, observou-se que eles são os principais cuidadores e mantenedores da família. Eles têm papel fundamental, sendo considerados chefes e pilares da unidade familiar. Quando este papel se inverte e os idosos necessitam de cuidados, os familiares se mobilizam e ampliam as redes de apoio na comunidade e além desta, visando à manutenção e à recuperação da saúde deles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grupo de idosos entrevistados vivencia um território diferenciado, com aspectos que são delimitados geográfica e socialmente, configurando neste o que se denominou "redes sociais de apoio".

Trata-se de um grupo que se ancora profundamente nos vínculos parentais e nas amizades, na religião (católica ou protestante), na agricultura familiar e na criação de animais. Perfaz um modo de vida no qual as atitudes recíprocas atingem, por exemplo, a economia, e as relações de proximidade e interconhecimento podem estruturar as formas de configuração das redes. Por meio dessas relações sociais é que se processa a vida dos idosos entrevistados em São Pedro e no Retiro de São Bento.

Esse grupo social tem como base a família. É nesta que as relações de proximidade e reciprocidade se mantêm mais constantes, núcleo no qual os atores sociais compartilham de uma visão de mundo muito semelhante, sedimentando uma identidade cultural ímpar. As sociabilidades do grupo, que se ancoram em vínculos familiares e de amizade, passam a acessar esses atributos como recursos de poder e de instituição de "fronteiras" socioculturais. Assim, o grupo estudado no Retiro de São Bento, em linhas gerais, se sente "fraco" em relação à comunidade de São Pedro, por se sentir mais afastado da sede e por reconhecer que apenas a família pode oferecer ajuda.

As redes sociais de apoio dos idosos em questão incidem precisamente em um duplo aspecto. De um lado, as redes se formam para alocar recursos (unir pessoas, estender os laços sociais, integrar atores sociais com diferentes posições sociais); por outro lado, as redes acabam sendo excelentes meios para dividir a sociedade, criar aliados e separar sujeitos. Está em questão, portanto, que nas comunidades estudadas existem diferenças internas quanto às redes de apoio: os moradores do Retiro São Bento têm uma rede de apoio reduzida à família enquanto os moradores da comunidade São Pedro contam com uma rede de apoio mais estendida.

Assim sendo, o que se pretendeu foi chamar a atenção para o papel que exercem os recursos simbólicos e sociais disponíveis no território, na forma de relações de

parentesco, reciprocidade, interconhecimento e proximidade, que podem servir para mobilizar recursos econômicos, mesmo quando estes são escassos, para o cuidado com a saúde, sua recuperação e manutenção. Isto se observou nos casos relatados sobre situações de agravo à saúde, em que as relações de parentesco mobilizaram recursos materiais e imateriais.

Compreende-se que nas comunidades São Pedro e Retiro de São Bento o território enquanto espaço físico é bem aproveitado pelas pessoas, que o respeitam e tiram dele o seu sustento. A territorialidade vivida pelos idosos entrevistados faz uma inter-relação com a dimensão física do território e as dimensões social, histórica, cultural e simbólica.

Assim, as redes de apoio se ancoram nessas dimensões. As redes também revigoram o meio rural porque fazem dele não apenas lugar de produção agrícola, mas ajudam a criar estratégias de apoio, sociabilidades e ações em conjunto que movimentam todo o modo de vida desses idosos, com uma atitude de ajuda mútua entre os familiares e vizinhos.

Neste sentido, estimular o desenvolvimento de estudos que considerem tais aspectos é pensar em um desenvolvimento e em uma transformação social que privilegiem os valores humanos, especialmente em se tratando de um meio rural tão peculiar como o território pantaneiro.

O município de Barão de Melgaço, responsável pelo atendimento à saúde dos moradores locais, apesar de contar com o Programa Saúde da Família rural, não executa ações contínuas na atenção básica e nem para a referência hospitalar, deixando a responsabilização desta para as famílias. Neste sentido, a rede de apoio social é estendida para outros arranjos de solidariedade no tratamento de agravos à saúde em municípios onde existem parentes, conhecidos e/ou profissionais de referência, principalmente em Cuiabá, Várzea Grande e Poconé.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alho JR. A teia da vida: uma introdução à ecologia brasileira. Rio de Janeiro: Objetiva; 1992.

Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. Cadernos de Saúde Pública. 1993; 9 (3): 263-271, jul./set.

Alves PC, Minayo MCS, organizadores. Saúde e doença: um olhar antropológico**.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.

Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2002; 7(4):925-934.

Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde [periódico da internet]. Physis. 2007; v. 17, n.1.Disponível em: <http://www. scielo.br/ scielo.php? script =sci_ arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 Abr 2008.

_____ O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde [periódico da internet]. Saúde Soc**.** 2004, v. 13, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902 00400 0300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 Abr 2008.

Barata RB. Desigualdades sociais em saúde. In: Gastão Wagner de Sousa Campos *et al* . Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.

Barcellos C, coordenador. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa. Edições 70; 1979.

Bellato R, Araújo LFS, Faria APS, Costa ALRC, Maruyama SAT. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: Roseni Pinheiro e Paulo Henrique Novaes Martins, organizadores. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Cepesc/IMS-Uerj; Editora Universitária UFPE; Abrasco; 2009.

Bertrand AL. Sociologia rural: uma análise da vida rural contemporânea**.** Trad. de Alzemiro E. Sturn. São Paulo: Atlas; 1973.

Bosi E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. 3ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1994.

Bourdieu P. Pierre Bourdieu: sociologia**.** Org. Renato Ortiz: tradução de Paula Montero e Alicia Auzmendi. São Paulo: Ática; 1983.

_____ O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.

Brandão CR. Plantar, colher, comer: um estudo sobre o campesinato goiano. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1981.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Senado; 1988.

Brito PF de, Mello MG da S, Câmara V de M, Turci SRB. Agricultura familiar e exposição aos agrotóxicos: uma breve reflexão. Cadernos de Saúde Coletiva. 2005; 13 (4): 887-900.

Brumer A. Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura no Estado do Rio Grande do Sul[periódico da internet]. Revista Estudos Femininos [on line]. 2004; jan./abr., vol. 12, nº 1. Disponível em http://www.scielo.com/scielo. acesso em: 15 de dezembro de 2008.

Bueno JM, Martino HSD, Fernandes MSF, Costa LS, Silva RR. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. Ciência e Saúde Coletiva. 2008; vol. 13, nº 4, jul./ago.

Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família [periódico na Internet]. Cad. Saúde Pública . 2003; Jun ; 19(3): 733-781. Disponível em: http: //www.scielo.br/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102X2003000300009&lng=pt. Acesso em: 16 dez. 2009.

Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para Discussão nº 858. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Rio de Janeiro; 2002.

Canesqui AM, Barsaglini RA. Abordagens conceituais do apoio social no estudo de ciências sociais e humanas em saúde. 25 p. Mimeo; 2008.

Carvalho NO. Hidrologia da Bacia do Alto Paraguai. Embrapa, Anais do Simpósio sobre Recursos Naturais do Pantanal. Corumbá; 1984.

Castells M. O poder da identidade. Tradução Klauss Brandini Gerhardt. São Paulo: Paz e Terra; 1999.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas [periódico na Internet]. Rev. Saúde Pública. 1997; v. 31, nº 2, abr. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo>. Acesso em 24 Mar. 2009.

Cunha MC. Populações tradicionais e a convenção da Diversidade Biológica. Estudos Avançados 13(36); 1999.

Da Silva CJ, Wantzen JM, Cunha CN, Machado FA. Biodiversity in the Pantanal Wetland, Brazil. In: B. Gopal, W.J. Junk & J.A. Davis (eds.). Biodiversity in the wetlands: assessment, function and conservation. Vol. 2, PP. 187-215. Backhuys Publishers, Leiden, Holanda; 2001.

Del'Arco JO, Silva RH, Tapanoff I, Freire FA, Pereira LG da M, Souza SL, *et al*. Geologia. In: Brasil/Ministério de Minas e Energia. Projeto Radambrasil: Folha SE 21 Corumbá e parte da Folha SE 20. Rio de Janeiro, pp. 195-205; 1996.

Demo P. Metodologia Científica em Ciências Sociais. 3ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas; 1995.

Diegues ACS. O mito moderno da natureza intocada. São Paulo: HUCITEC; 1998.

Fabrício SC. Rodrigues RAP, Costa Junior ML da. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público [periódico na Internet]. Revista de Saúde Pública. 2004; Fev.; 38(1):93-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S0034-89102 004 000 100013&lng=pt. Acesso em: 26 jan. 2009.

Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica [periódico na Internet]. Saúde Soc.. 2005; vol. 14, nº 2, ago. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 16 jan. 2009.

Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cadernos de Saúde Pública. 2006; 22(11):2449-2463, Nov.

Gerhardt TE, Riquinho DL, Rotoli A. Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde. In: Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos (orgs.). Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/Uerj: Abrasco; 2008.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999.

Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 11ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.

Haesbaert R. Da desterritorialização à multiterritorialidade**.** São Paulo: Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina; 2005.

Heidrich AL. Fundamentos da Formação do Território Moderno. Boletim Gaúcho de Geografia, nº 23, AGB - Seção Porto Alegre; 1998.

_____ Território, integração socioespacial, região, fragmentação e exclusão social. In: Alexandre Domingues Ribas; Eliseu Savério Sposito; Marcos Aurélio Saquet. (Org.). Território e desenvolvimento: diferentes abordagens. 1ª ed. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004, vol. único, pp. 37-66.

Helman CG. Cultura, saúde e doença**.** Trad. Eliane Mussmich. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Holanda SB. O extremo oeste. São Paulo: Brasiliense; 1986.

Junk WJ, Da Silva C. O conceito do pulso de inundação e suas implicações para o Pantanal de Mato Grosso. In: Simpósio sobre os recursos Naturais e Sócio-econômicos do Pantanal: manejo e conservação. p. 17-28. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa Pantanal), Corumbá-MS; 1999.

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores [periódico na Internet]. Cadernos de Saúde Pública . 2003; Jun. 19(3): 861-866. Disponível em: http : //www.scielo.br/ scielo. php?script=sci_ arttext&pid=S0102-311X2003000300019&lng=pt. Acesso em 15 de jun. de 2008.

Machado JAS. Ativismo em rede e conexões identitárias: novas perspectivas para os movimentos sociais. Sociologias. 2007; ano 9, nº 18, jul./dez. 2007, pp. 248-285.

Maldi D. De confederados a bárbaros: a representação da territorialidade e da fronteira indígenas nos séculos XVIII e XIX [periódico na Internet]. Rev. Antropol.. 1997; vol. 40, nº 2. Disponível em: < http: //www.scielo.br/ scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S0034-77011997000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jun 2007. Pré-publicação.

Marques ACS. Redes sociais e discursivas na contemporaneidade: conversações cotidianas, mídia e processos deliberativos. Revista Fonte. 2007; jan-jun. pp. 75-84.

Marques AIM. Lugar do modo de vida tradicional na modernidade. In: Ariovaldo U. de Oliveira e Marta I. M. Marques (orgs.). O campo no século XXI: território de vida, de luta e de construção da justiça social. São Paulo: Editora Casa Amarela e Editora Paz e Terra; 2004.

Martins PH. As redes sociais, o sistema de dádiva e o paradoxo sociológico. In: Martins PH, Fontes B. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004; p. 21-48.

Mauss M. Ensaio sobre a dádiva: com introdução à obra de Marcel Mauss por Claude Lévi-Strauss. Lisboa: Edições 70; 2001.

Mendras H. Sociedades camponesas. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.

Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1998.

_____. (org.). Pesquisa Social**:** teoria, método e criatividade. Petrópolis-RJ: Vozes; 1994.

Monken M. Contexto, Território e o Processo de Territorialização de Informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: Christovam Barcellos (org.). A geografia e o contexto. Abrasco: ICICT: EPSJV; 2008.

Monken M, Barcellos V. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas [periódico na Internet]. Cad. Saúde Pública. . 2005; Jun. 21(3): 898-906. Disponível em: http://www. scielo.br/scielo. php? Script =sci_arttext & pid =S0 102-311X2005000300024&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 de out. de 2008.

Mota RG. Práticas de cura dos benzedores em uma comunidade tradicional do Pantanal de Mato Grosso [Dissertação de Mestrado]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2008.

Oliveira IA. O sagrado entre duas tradições: estudo da religiosidade na comunidade de São Pedro de Joselândia – Barão de Melgaço/MT (1932-2003). [Monografia de Conclusão do Curso de História]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2004.

Oliveira MP, Fraga TB. Transtornos vitais no final do século xx: Diabetes Mellitus, distúrbio cardiovasculares, câncer , AIDS, Tuberbulose e Hanseníase. Fortaleza: Fundação Cearense e Pesquisa e Cultura; 1999.

Paim JS, Almeida Filho N. de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? [periódico na Internet]. Revista de Saúde Pública . 1998; Ago. 32(4): 299-316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400 001&lng=pt. Acesso em 24 de set. de 2008.

Peixoto JLS, Boeira AB. Arqueologia: uma contribuição ao turismo em Corumbá. Embrapa (org.). Corumbá: Simpósio sobre Recursos Naturais e Socioeconômicos do Pantanal. 2ª ed.; 1996.

Perracini M R, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade [periódico na Internet]. Revista de Saúde Pública . 2002; Dez. 36(6): 709-716. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003491020020007000 08&lng=pt. Acesso em 15 de jul. de 2009.

Pignatti MG. *et al.* Vigilância e Promoção de saúde de populações do Entorno da RPPN-Sesc Pantanal – MT. Cuiabá: Relatório de Pesquisa, PELD – CNPQ 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 e 2008.

Pignatti M G, Castro SP. A Fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-grossense – MT – Brasil. Rio de Janeiro: Revista de Ciência e Saúde Coletiva; 2007.

Queiroz M I P de. O campesinato Brasileiro: ensaios sobre civilização e grupos rústicos no Brasil. Petrópolis-RJ: Vozes; 1973.

_____ Cultura, sociedade rural, sociedade urbana: ensaios. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo; 1978.

Queiroz MS. Saúde e doença: um enfoque antropológico. Bauru-SP: Edusc; 2003.

Reis AFC. Saberes e Práticas de Saúde da Mulher na comunidade rural de Joselândia – MT no cuidado à sua família [Dissertação de Mestrado]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2008.

Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.

Rio de Janeiro (Estado). Decreto-Lei nº 25, de 30 de novembro de 1937. Organiza a proteção do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional; 1937.

Rojas LI. La diferenciacion territorial de la salud em la recuperación de los contextos. In: Christovam Barcellos (org.). A geografia e o contexto. Abrasco: ICICT: EPSJV; 2008.

Sahlins MD. Sociedades tribais**.** 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1983. 178 p.

Santos M. O espaço do cidadão**.** 2ª edição. São Paulo: Nobel; 1993, 142 p.

_____A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção. 3ª edição. São Paulo: Hucitec; 1999.

_____Território: globalização e fragmentação. 5ª ed. São Paulo: Hucitec – Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional; 2006.

Santos RT, Oliveira MP. Transtornos vitais no final do século xx: Diabetes Mellitus, distúrbio cardiovasculares, câncer , AIDS, Tuberbulose e Hanseníase. Fortaleza: Fundação Cearense e Pesquisa e Cultura; 1999.

Scherer-Warren I. Cidadania sem fronteiras: ações coletivas na era da globalização. São Paulo: Hucitec; 1999.

_____Das mobilizações às redes de movimentos sociais. Sociedade e Estado, Brasília, vol. 21, nº 1, pp. 109-130, jan./abr; 2006.

Serapioni, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais [periódico na Internet]. Ciência e Saúde Coletiva, 2009; Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 16 dez. 2009.

Shneider S. A abordagem territorial do desenvolvimento rural e suas articulações externas**.** Sociologias. 2004; Ano 6, nº 11, jan./jun., pp. 88-125.

Souza ER de; Ribeiro AP; Atie S; Souza AC de; Marques C da C. Redes de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. Rio de Janeiro: Revista de Ciência e Saúde Coletiva; 13(4) 1153-1163; 2008.

Tavares W, Maxmino LAC, editores. Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. São Paulo: Atleneu; 2007.

Tobar, F. e Yalour, MR. Como fazer teses em saúde pública**:** conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. RJ: Fiocruz, 2001, 172p.

Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso [periódico na Internet]. Cadernos de Saúde Pública. 2003; Jun. ; 19(3): 849-853. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X20030003000 17&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300017. Acesso em 23 de fev. de 2008.

Unesco. Os direitos culturais. Projeto de Declaração. P. Meyer-Bisch (ed.). Paris/Fribourg: Unesco/Edições Universitárias; 1998.

Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cadernos de Saúde Pública. 1999; 15 (Sup. 2):7-14.

_____. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. Interface Comunicação, Saúde, Educação. 2000; vol. 4 , nº 7, pp. 37-56.

Veras R. Fórum Envelhecimento Populacional e as Informações de Saúde da Pnad: Demandas e Desafios Contemporâneos (Introdução) [periódico na Internet]. Cadernos de Saúde Pública. 2007; Out. ; 23(10): 2463-2466. Disponível em: http: //www.scielo.br/ scielo.php? script=sci_ arttext&pid=S0102-311X2007001000020&lng=pt. Acesso em 14 de ago. de 2008.

Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma Introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo; 2000.

Ximenes T. Capital social, redes sociais e inovações produtivas [periódico da internet]. *Ambient. soc.* [online]. 2008; vol.11, n.2, pp. 389-404 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2008000200012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1414-753X. Acesso em 12 de jul. de 2008.

Woortmann EF. O saber tradicional camponês e inovações. In: Ariovaldo U. de Oliveira e Marta I. M. Marques (orgs.). O campo no século XXI: território de vida, de luta e de construção da justiça social. São Paulo: Editora Casa Amarela e Editora Paz e Terra; 2004.

Woortmann K. A etnologia (quase) esquecida de Bourdieu, ou o que fazer com heresias [periódico na Internet]. Revista Brasileira Ciência e Sociedade. 2004; vol. 19, nº 56, Out.. Disponível em <http: //www.scielo.br/ scielo.php?script= sci_ arttext &pid=S0102-69092004000300 009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 ago. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice 01

Roteiro de Entrevista para Caracterização Socioeconômica da Família do Idoso

1) Conte-me a história da sua família com esta região (como se estabeleceram aqui, se sempre residiu no lugar, quando vieram para a região, se têm parentes, fatos importantes que aconteceram durante o tempo que vive ali).
2) Vocês trabalham com o quê? (Agricultura, pesca, criação de animais, comércio, assalariados).
3) Se vocês vivem de agricultura, o que plantam? Na época da cheia? E na época da seca?
4) Qual a época do ano para plantar estes alimentos?
5) Vocês usam algum tipo de agrotóxico (veneno) (Nome)? Como é usado? Onde você compra? Qual a frequência?
6) Vocês usam alguma proteção para trabalhar na lavoura? (bota, chapéu)
7) Está tendo ou já teve algum problema com o plantio? Pragas, animais destruindo a lavoura?
8) Que animais você cria? Em que lugar? São criados para o uso da família ou para vender/trocar?
9) Quem cuida dos animais? Quem planta? Quem colhe?
10) Qual é o tamanho da propriedade? Tem algum documento de posse da terra? Há quanto tempo?
11) Estão colhendo como antes? Sempre a mesma quantidade? Está menos ou mais?

10) O que planta é suficiente para a família toda? Durante todo o ano? Se não, como fazem para complementar?
11) O que a terra não oferece, como vocês conseguem? (Roupas, remédios, ferramentas)
12) Quantas pessoas moram na residência?
( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( )+ que 8
13) Quem é considerado o chefe da família?
14) Qual o tipo de casa?
15) Tem quintal? Tem horta?
16) Tem algum tipo de renda? Quanto?
17) Alguém da família possui plano de saúde?
18) Possui banheiro em casa? De que tipo?

Apêndice 02

Roteiro de Entrevista com o Idoso

1. Você se lembra de alguma situação em que você precisou que te ajudassem com relação à sua saúde?
2. Na época de "precisão", quem ajuda você? (alimentação, dinheiro, doença)
3. Quando você fica doente, quem são as pessoas que te ajudam? (remédios, acompanhar em uma consulta, preparar um chá, chamar uma benzedeira).
4. Como estas pessoas te ajudam?
5. Se você precisar, quem substitui você na lavoura?
6. Quem faz comida pra você quando você não pode fazer?
7. Quando é necessário procurar um serviço de saúde, quais são os mais procurados?
8. Alguém acompanha você até estes serviços de saúde? Se você não conseguir por algum motivo, quem te ajuda?

Apêndice 03

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa "Territorialidade e apoio social em saúde em uma comunidade do Pantanal Mato-grossense". Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição da pesquisa. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller – UFMT pelo telefone (65) 36157254. Este estudo está sendo realizado com o objetivo de compreender como os moradores do Distrito de Joselândia enfrentam seus problemas de saúde, tendo como foco o idoso, porque este necessita de cuidados com a saúde com mais frequência. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas que a pesquisadora fará sobre as suas condições de vida e saúde, e esta entrevista será gravada em fita cassete. Não há riscos relacionados com sua participação na pesquisa. Os benefícios para você enquanto participante da pesquisa são de contribuir para esclarecer os meios que a comunidade utiliza para obter saúde, ajudando assim, para aplicação de futuras propostas de melhoria para a comunidade. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. Seu nome é Giselle Dantas Sena e trabalha na Universidade Federal de Mato Grosso, no Instituto de Saúde Coletiva, contato: telefones (65) 3615-8897 ou (65) 9251-6569 (inclusive ligações a cobrar) ou e-mail: giselle_sena@yahoo.com.br.

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação por foto e/ou vídeo **AUTORIZO** a publicação.

Eu (nome do participante)....., idade:..... sexo:.....Naturalidade:.....portador(a) do documento RG Nº:.....declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante .....
Assinatura do pesquisador principal:.....

Testemunha*.....
Joselândia, ___de_____2008

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo