

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CIÊNCIAS HUMANAS E POLÍTICAS  
PÚBLICAS EM SAÚDE

**Além da aparência, em busca da essência.  
O que nos faz viver mais?**

Florianópolis, setembro de 2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CIÊNCIAS HUMANAS E POLÍTICAS  
PÚBLICAS EM SAÚDE

RICARDO CAMARGO VIEIRA

**Além da aparência, em busca da essência.**

**O que nos faz viver mais?**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

ORIENTADOR: Dr. Marco Aurélio Da Ros

Florianópolis, setembro de 2007.

*Como a vida muda  
Como a vida é muda  
Como a vida é nula  
Como a vida é nada  
Como a vida é tudo  
Tudo que se perde  
mesmo sem ter ganho  
Como a vida é senha  
de outra vida nova  
que envelhece antes  
de romper o novo  
Como a vida é outra  
sempre outra, outra  
não a que é vivida  
Como a vida é vida  
ainda quando morte  
esculpida em vida  
Como a vida é forte  
em suas algemas (...)*

*Carlos Drummond de Andrade*

*Dedicado à  
Dona Maria, Seu Wendelino,  
Dona Regina e Dona Nair*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, seus professores e funcionários.

Ao meu orientador, Marco Aurélio Da Ros, e aos membros da minha banca, Sandra Caponi e Luiz Cutolo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Antonio Carlos, seus funcionários e colegas que apoiaram esta pesquisa.

Aos meus amigos, do Mestrado, da Residência, da Graduação, do trabalho e da vida. Se os vejo, estão comigo; se não os vejo, levo-os comigo.

À minha família. Amo todos.

À minha amada esposa Anastasia, seu sorriso continua sendo minha alegria, e a minha amada filha Luana, luz de nossa vida.

À Deus.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>7</b>
A Promoção da Saúde	7
Longevidade	11
Qualidade de Vida e Subjetividade	14
<b>OBJETIVO GERAL</b>	<b>19</b>
Objetivos específicos	19
<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>20</b>
Sujeitos e cenário do estudo	22
Aspectos éticos	23
Limites	23
Análise e tratamento dos dados a partir das entrevistas	25
1 – Ocupação	25
2 – Autonomia	25
3 – Resiliência	26
4 – Solidariedade	26
5 – Espiritualidade	26
6 – Relacionamentos afetivos	27
7 – Sentimentos de realização	27
8 – Celebração	28
9 – Esperança	28
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>31</b>
<b>LONGEVIDADE E SUA RELAÇÃO COM PROMOÇÃO DA SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E FELICIDADE (artigo)</b>	<b>35</b>

<b>ALÉM DA APARÊNCIA, EM BUSCA DA ESSÊNCIA. O QUE NOS FAZ VIVER MAIS? (artigo)</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>67</b>
I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	67
II – Roteiro de entrevista	68
III – Categorização e Análise	71
1 – Ocupação	72
2 – Autonomia	75
3 – Resiliência	78
4 – Solidariedade	81
5 – Espiritualidade	83
6 – Relacionamentos afetivos	85
7 – Sentimentos de realização	89
8 – Celebração	92
9 – Esperança	93

## INTRODUÇÃO

A discussão em torno do papel do campo da saúde, e de sua contribuição para a melhoria da vida das pessoas e do aumento da capacidade de, plenamente, se desenvolverem e viverem mais, nem sempre integrou o ideário e as diretrizes da assistência a saúde.

A mudança das visões sobre o processo saúde-doença nem sempre foi permeada pelo benefício das pessoas, sendo que em muitos casos este objetivo ficou muito distante.

A passagem, através da história, da visão higienista, para a visão social, e, mais tarde, para a visão biológica marcou a transição das concepções sobre o processo saúde-doença desde o século XVII até metade do século XX (Cutolo, 2000) e evidenciou, em certo momento, um retrocesso do campo da saúde em objetivar a melhoria da vida das pessoas.

Somente após a metade do século XX e o amadurecimento do entendimento de que o processo saúde-doença teria uma determinação multifatorial, é que houve um progresso na discussão do papel da área da saúde, a ponto de se chegar a compreensão da determinação social do processo saúde-doença (Scliar, 1987).

A partir de então, as discussões relacionadas a contribuição do campo da saúde para uma vida mais longa e melhor sempre foram permeadas pela tentativa de se entender o que é vida saudável e de como alcançá-la, assim como, vistas como tentativas não isoladas de outros setores, ou seja: eminentemente intersetorial, na direção de um bem-estar global (Lefèvre, 2004).

Porém, nunca foi tão evidente quanto hoje, o quanto que a determinação biologicista, visão hegemônica nos últimos tempos, vem se demonstrando insuficiente para dar conta de todas as questões referentes à determinação do processo saúde-doença (Feuerwerker, 1998).

Se, em um tempo na história, a busca pelo microscópico, pelo processo químico, pelo intracorporal foi a única e exclusiva possibilidade de se pensar contribuições e respostas para a melhoria na vida das pessoas e o prolongamento de suas vidas, hoje existem outras possibilidades mais amplas e coerentes de se entender como a área da saúde pode abordar este desafio.

Cada vez mais, percebe-se que as condições de vida, incluídas as de moradia, saneamento, trabalho, educação, participação social e política, autonomia e desenvolvimento econômico; as condições psicológicas, embasadas na família e na comunidade; e as influências culturais, contribuem de forma decisiva, tanto na capacidade de enfrentamento dos problemas, quanto na determinação do prolongamento da vida das pessoas (Buss & Ferreira, 1998).

A observação e a comparação entre realidades distintas pela suas condições de vida, feitas por diversos estudos, revelam essa correlação direta (Marcondes, 2004). Hoje, é claro para nós que se populações com poucos recursos sócio-econômicos, como as da África subsaariana ou as sul-americanas, vivem menos que outras mais abastadas, como as de países nórdicos, não é exatamente pela falta de assistência médica ou por escassez de medicamentos, mas sim pela melhores condições de vida e de desenvolvimento pessoal e coletivo que estas detêm.

Entretanto, há um tempo atrás, este entendimento não era tão evidente para todos (e ainda não o é para muitos hoje), assim como, da contribuição de algumas características individuais (tanto psicológicas quanto culturais) no evitamento e no enfrentamento de certas patologias e na contribuição para a melhoria da vida dos indivíduos e populações.

Alguns estudos são promissores ao revelar que determinadas características psicológicas e de resiliência, assim como, alguns aspectos culturais, relacionados com a forma de encarar situações adversas também influenciam em resultados, eventos e desfechos, tanto individuais quanto coletivos (Bydlowski *et al*, 2004; Melillo, Ojeda *et al*, 2005).

O entendimento de que todos estes aspectos integram os fatores que compõem a determinação social do processo saúde-doença, facilita a compreensão da necessidade de se discutir e aprofundar mais os estudos em torno de temas como Integralidade e Promoção da Saúde.

Admitir que um dos grandes desafios para o campo da saúde hoje é mergulhar na busca pela Integralidade, percebendo sua forte vinculação com a Promoção da Saúde, aproxima o setor saúde da possibilidade de se criar ferramentas que auxiliem no desenvolvimento do maior benefício que se pode atribuir para esta área do conhecimento: a contribuição para uma vida longa e saudável.

Para tanto, a Promoção da Saúde, pressupondo a determinação social do processo saúde-doença, busca a superação dos fatores ligados a estruturação social e, em última instância, trabalha na tentativa de melhorar o desenvolvimento e a inserção humana dentro da sociedade.

Diante disto, qual seria o papel da área da saúde e dos profissionais que dela fazem o seu campo de trabalho. Seria somente de ajudar a prolongar a vida? Seria de curar e reabilitar? Seria de ajudar a diminuir o sofrimento humano? Seria de promover a saúde? Ou seriam todos estes em conjunto, nos diferentes níveis de atenção a saúde?

Para se responder a estas perguntas, faz-se necessária uma discussão: o que contribui para uma vida longa?

Este trabalho se propõe a esta discussão. Propõe-se discutir a relação que a Promoção da Saúde traz com uma vida longa e, assim, contribuir para futuramente se perceber as possibilidades que esta relação traz com modos de intervenção ao nível da assistência a saúde e também para auxiliar na definição do papel dos profissionais de saúde, bem como, na sua formação.

## REVISÃO DE LITERATURA

### A Promoção da Saúde

O conceito de Promoção da Saúde apareceu na década de 40, de forma latente em 1946 com Sigerist, que a definiu como uma das tarefas essenciais da medicina; e veio novamente à tona na década de 1960, com o conceito positivo de doença, no sentido de incentivar a prevenção das doenças, através do estímulo de hábitos e comportamentos saudáveis, e com a preocupação de atuar nos fatores de risco, onde a Promoção da Saúde entra como parte da prevenção primária (Brasil, 1996).

Entretanto, na década de 1970, continuou-se a perceber que não bastava atuar apenas na cura da doença, ou seja, depois que a doença já se instalara; era preciso intervir nos determinantes do adoecimento. Assim, o Informe Lalonde de 1974 é um marco na área da Promoção da Saúde. Este Informe definiu quatro grandes eixos do campo da saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde e evidenciou a menor influência da assistência médica no estado de saúde das populações (Teixeira, 2002).

*“Até agora, quase todos os esforços feitos pela sociedade para melhorar a saúde e a maioria dos gastos diretos em saúde centraram-se na organização dos serviços de atenção sanitária. Sem dúvida, quando identificamos as principais causas atuais de doença e morte no Canadá, vemos que estão arraigadas nos outros três elementos do conceito: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. Portanto, é evidente que gastam-se grandes somas no tratamento de doenças que poderiam ser evitadas”.*

(LALONDE, 1974)

Ao longo dos anos 70 e 80, com a evolução nas discussões acerca dos conceitos de saúde e a realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978 na antiga União Soviética, as evidências da associação entre a saúde e estilos de vida foram se reforçando.

Então, desdobrou-se a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá.

Nesta conferência foram estabelecidas as bases conceituais da Promoção da Saúde, que incluíam temas como, a paz, a educação, a habitação, o poder de compra, um ecossistema estável e conservação dos recursos naturais e a equidade (WHO, 1986). Além disso, associou o tema a um conjunto de valores como solidariedade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjuntas (Buss *in* OPS, 2000).

Esta Conferência foi seguida ainda pelas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde de Adelaide em 1988, Sundsvall em 1991 e Jacarta em 1997, assim como da Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Santa-fê de Bogotá em 1992, que tratou do tema pela primeira vez na América Latina.

*"A promoção da saúde representa um amplo processo social e político, ela não engloba apenas as ações dirigidas para o fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas, também, das ações direcionadas para as mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a aliviar seu impacto sobre a saúde pública e individual. A promoção da saúde é o processo que possibilita às pessoas aumentar o controle sobre determinantes da saúde e dessa forma, melhorar sua saúde".*

(Carta de Ottawa, 1986).

A Carta de Ottawa ampliou a concepção da promoção da saúde, dando especial destaque às dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde.

A Carta de Ottawa propôs as seguintes estratégias de ação, segundo Silveira (2004):

- 1- estabelecimento de políticas públicas saudáveis;
- 2- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- 3- reforço da ação comunitária;
- 4- desenvolvimento das capacidades individuais;

5- reorientação dos serviços de saúde.

Dessa forma, a Promoção da Saúde saiu dos centros de saúde e se estendeu para as comunidades, os ambientes, a escola, etc.

A Promoção da Saúde, como nível de atenção, se referindo às ações destinadas a melhorar e aprimorar a saúde das pessoas e tem então, como enfoque, uma visão integral do processo saúde-doença-atenção. Com essa discussão, enfatizou-se saúde como um campo complexo, que envolve diversos olhares e diversas intervenções (Teixeira, 2002).

Já em 2000, a 5ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, ocorrida no México, focou-se, essencialmente, em como a Promoção da Saúde, através dos determinantes sociais da saúde, ajudam a melhorar a vida econômica e social das populações desfavorecidas.

Os principais objetivos desta Conferência foram definidos da seguinte forma:

- Mostrar como a promoção da saúde marca a diferença para a saúde e para a qualidade de vida, especialmente para as pessoas que vivem em circunstâncias adversas;
- Colocar a saúde no topo da agenda de desenvolvimento internacional, nacional e local;
- Estimular as parcerias para a saúde entre diferentes setores e a todos os níveis da sociedade.

Assim, pode-se concluir que o conceito de promoção da saúde foi tendo um enfoque cada vez mais abrangente, transparecendo a evolução do contexto socioeconômico e político (Tavares, 2002).

Desta forma, hoje, saúde se apresenta como um conceito abrangente e positivo, que se apóia nos recursos sociais, pessoais e não somente na capacidade física ou condições biológicas das pessoas.

Sob a perspectiva da Promoção da Saúde, a discussão sobre a construção de vidas mais saudáveis tem ocupado cada vez mais espaço. Afinal, viver bem e com saúde é um desejo de todos, mesmo que a idéia de bem viver e de ter saúde não seja exatamente a mesma para todas as pessoas.

Mas sabemos que nossa vida, da mesma forma que a nossa saúde, é construída diariamente, seja por nós mesmos, seja pelas contingências e condições que nos são impostas, oferecidas ou conquistadas.

Ter uma vida saudável é mais do que ter um corpo saudável. Entender vida saudável como estando limitada a um corpo são é como acreditar que ter saúde é não estar doente. Sabemos que essa idéia de saúde associada exclusivamente ao corpo foi, durante muito tempo, a noção sobre a qual a medicina moderna mais se apoiou, para propor suas ações e as suas modalidades de intervenção. No entanto, essa concepção foi incapaz de explicar as muitas formas de adoecer e de manter-se saudável (Brasil, 2002).

Existem inúmeras razões para as várias formas de adoecer e de manter-se saudável que estão mais relacionadas ao modo de viver de cada um, que se apóiam na cultura, nas crenças e nos valores que são compartilhados coletivamente. Essa combinação de aspectos individuais e coletivos, associada a outros fatores de diferentes naturezas, como no caso das reações emocionais provocadas pelo enfrentamento de determinadas situações, ou mesmo da compreensão que se tem da própria vida, ajuda a compor um quadro demonstrativo do quanto é complexo pensar a saúde e falar de um modo de viver saudável (Brasil, 2002).

A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas, aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde, e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar e, desta forma fazer com que as pessoas vivam mais e melhor.

Está, desta forma, estreitamente ligada às ações que fazem as populações terem condições dignas de vida, ou seja, viverem melhor, e assim, viverem mais, estando portanto, estreitamente ligada também a longevidade.

## **Longevidade**

No panorama mundial, estudos clássicos, como o 'Black Report' inglês, além de uma série de outros estudos (canadenses, norte-americanos e europeus), são pródigos em mostrar as relações entre saúde, longevidade e qualidade/condições de vida.

A maioria deles mostra que, para se discutir longevidade, não basta discutir como as populações vão levar suas vidas após chegarem a velhice, ou pensar de forma objetiva somente em indicadores coletivos de condições ou qualidade de vida.

Pois, como afirma Litvak (1990), o envelhecimento não começa subitamente, mas consiste no acúmulo e interação de processos sociais, médicos e de comportamento durante toda a vida. As metas, segundo ele, para se alcançar uma velhice saudável, são promover a saúde e o bem-estar durante toda a vida do indivíduo.

De acordo com Chaimowicz (1997), em países industrializados a queda das taxas de mortalidade e fecundidade iniciadas no século XIX, acompanhou a ampliação da cobertura dos sistemas de proteção social e melhorias das condições de habitação, alimentação, trabalho e do saneamento básico. No Brasil, por outro lado, o declínio da mortalidade que deu início à transição demográfica foi determinado mais pela ação médico-sanitária do Estado que por transformações estruturais que pudessem se traduzir em melhoria da qualidade de vida da população: nas primeiras décadas do século XX, através de políticas urbanas de saúde pública como a vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias, e a partir da década de 40 pela ampliação e desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública.

No entanto, Kalache (1987) revela que há uma diferença fundamental entre os fatores que levaram a transição epidemiológica dos países mais desenvolvidos e aqueles que se observam, hoje, nos países em desenvolvimento. Até a Segunda Guerra Mundial, o impacto médico-tecnológico, na redução da mortalidade, estava limitado a um mínimo. Foi só a partir daí que se tornou possível prevenir e tratar diversas enfermidades, cujo desfecho, anteriormente, era, freqüentemente, fatal: tuberculose, poliomielite, sarampo, gastroenterites e pneumopatias na infância entre muitas outras. No entanto, muito antes disso, a expectativa de vida na Europa, como exemplo, já havia alcançado valores tão altos como os do Brasil de agora. Isso se deveu a uma melhoria das condições de vida para as

populações daquele continente como um todo: melhor nutrição, condições habitacionais, saneamento, etc.

Segundo Buss (2000), em um livro já clássico de 1989, McKeown & Lowe afirmam que as melhorias na nutrição e no saneamento (aspectos relativos ao meio ambiente) e as modificações nas condutas da reprodução humana (sobretudo a diminuição no número de filhos por família) foram os fatores responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra e no País de Gales, no século XIX e na primeira metade do século XX. As intervenções médicas eficazes, como as imunizações e a antibioticoterapia, tiveram influência tardia e de menor importância relativa.

Atualmente, mesmo que as condições de vida, sob o ponto de vista sócio-econômico, não tenham melhorado, significativamente, para uma parcela apreciável da população dos países em desenvolvimento, como o Brasil, as taxas de mortalidade vêm experimentando substanciais diminuições. Elas são resultantes de intervenções, de medidas específicas de saúde pública, do tratamento efetivo de infecções; não é portanto o processo de envelhecimento natural como consequência de melhores níveis de vida para a maioria dos habitantes (como na Europa pós-Revolução Industrial), mas um processo artificial, em que muitos sobrevivem, apesar de suas condições de vida, simplesmente, porque recebem imunização ativa contra determinadas doenças ou tratamento específico, para outras.

Em termos práticos, este tipo de processo de envelhecimento defronta países como o Brasil, com um duplo encargo na área da saúde: por um lado, a importância crescente de doenças crônicas entre as causas de mortalidade (desde o início da década de 60 que as doenças cardiovasculares passaram a ser o primeiro grupo entre as causas de mortes no Brasil, seguido, atualmente, por neoplasias). Por outro lado, as marcas do subdesenvolvimento permanecem presentes, sobretudo, em termos de morbidade por doenças infecciosas e parasitárias ou pela importância que a subnutrição continua ocupando entre nós (Kalache, 1987).

Segundo Periago (2005), no começo do 21º século, a região do Américas tinha em torno de 2.228.900 pessoas que atingiam noventa anos de idade ou mais, e 90.400 deles já eram centenários. Ela afirma que, pelo meio do século, estes números terão subido a quase 13.903.000 e 689.000, respectivamente. Estes nonagenários representam um grupo da população que conseguiu sobreviver apesar da mortalidade infantil alta e das principais

epidemias de doenças infecciosas. A maioria destes “sobreviventes” representa casos extraordinários. Porém, entre 2025 e 2050, as pessoas que serão nonagenárias não terão sido selecionadas por causa dos seus dotes genéticos ou por condições de vida particulares, mas terão sido beneficiadas por políticas públicas. Os centenários de 2025 já são conhecidos: eles são as pessoas que em 2000 passavam dos 75 anos. Isto requer promover estilos de vida saudáveis e pensar qualidade de vida ao longo de vida.

Parece evidente a necessidade de se repensar o papel do campo da saúde nesse contexto, onde se tem estabelecido a contribuição decisiva das condições de vida da população na determinação da sua condição de saúde.

Os próprios objetivos da atenção à saúde passam a ser questionados então, sendo que cada vez mais esses objetivos têm deixado de ser simplesmente a “cura” e passam a ser a “melhoria da vida” dos pacientes (Campolina & Ciconelli, 2006).

Voltando ao que afirmam as Conferências sobre Promoção da Saúde, se ao pensarmos saúde nos remetemos a aspectos estruturais mantidos pelo Estado e pela sociedade, fica claro que a discussão acerca dos determinantes da longevidade passa longe da simples assistência a saúde, principalmente se vista simplesmente pelo prisma curativista. Passa pela valorização da luta pelos determinantes sociais da saúde, pela insistência na tentativa de se focar o desenvolvimento das populações pelo prisma humanista, utilizando a assistência à saúde como uma arma no combate a iniquidade e a possibilidade do desenvolvimento social. Passa pela discussão de condições e qualidade de vida.

## Qualidade de Vida e Subjetividade

Foi particularmente na década de 1960 que o constructo qualidade de vida passou a ser entendido como qualidade de vida subjetiva ou qualidade de vida percebida pelas pessoas. Em grande parte, influenciado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que declara que a saúde não se restringe à ausência de doença, mas engloba a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social, o conceito ampliou-se para além da significação do crescimento econômico, buscando envolver os diversos aspectos do desenvolvimento social (Campolina & Ciconelli, 2006).

Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

Entretanto, a partir do início da década de 1990, parece consolidar-se um consenso entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade (Seidl e Zanon, 2004).

Até então, três correntes orientavam a concepção deste constructo: o *funcionalismo*, que define um estado normal para certa idade e função social e seu desvio (ou morbidade), caracterizado por indicadores individuais de capacidade de execução de atividades; a *teoria do bem-estar*, que explora as reações subjetivas das experiências de vida, buscando a competência do indivíduo para minimizar sofrimentos e aumentar a satisfação pessoal e de seu entorno e a *teoria da utilidade*, de base econômica, que pressupõe a escolha dos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde a outro (Minayo, Hartz e Buss, 2000).

Ao contrariar estas correntes, Seidl e Zanon (2004) revelam que, no que concerne à subjetividade, o termo *qualidade de vida* trata de considerar a percepção que a pessoa tem sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Em outras palavras, que somente o indivíduo tem como avaliar a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida.

Estudiosos enfatizam que qualidade de vida só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário das tendências iniciais de uso do conceito. Xavier (2003), por exemplo,

afirma que há um grande número de escalas estruturadas e testes desenvolvidos para medir a qualidade de vida. Eles variam amplamente na concepção, construtos e conteúdos que demonstram que não há nenhum acordo sobre o que é uma medida da qualidade de vida. Destaca ainda que a validade das medidas de qualidade de vida é difícil ser estabelecida, assim como, não há nenhum modo de determinar qual padrão-ouro a qual estas escalas deveriam ser comparadas.

Além disso, até agora a maioria dos testes foi desenvolvido por profissionais, baseado nos seus padrões e definições sobre o que determina a qualidade de vida. Porém, sentimentos sobre a vida são subjetivos e o que é estimado como um fator importante para o bem-estar de um, pode não ser significativo para outro.

Nesse sentido, a OMS afirma que há a preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva da população ou dos pacientes, e não a visão de cientistas e de profissionais de saúde (WHOQLS group, 1995).

Voltando ainda para os dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida, o consenso quanto à multidimensionalidade, segundo Seidl e Zanon (2004), refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões. Sendo que duas tendências quanto à conceituação do termo na área de saúde são identificadas: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada ao estado de saúde.

No primeiro caso, que mais interessa para este trabalho, a qualidade de vida apresenta uma aceção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos. Aceção esta, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida foi definida como "*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*" (WHOQLS Group, 1995).

Enfatizando o aspecto subjetivo, multidimensional e individual da qualidade de vida, assim como seu conceito mais genérico, Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que, embora se saiba que o estado de saúde de indivíduos e coletividades, assim como os sistemas de saúde, influenciam e são influenciados pelo ambiente global, há que se reconhecer que nem todos os aspectos da vida humana são, necessariamente, uma questão

médica ou sanitária. Destacam que “a ação governamental ou comunitária sobre todos os aspectos da vida humana está compartimentalizada em setores econômicos e sociais, e distribuída entre diferentes grupos de interesse e organizações”.

Desse modo, pode-se dizer que, mesmo tendo uma conotação individual, a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde.

Admitindo o conceito da OMS, entendemos então qualidade de vida como um conceito mutável e influenciado, dentro de cada sociedade, pelos valores importantes para esta, e admitimos que, mesmo dentro de uma sociedade, podemos ter conceitos diferentes, influenciados por fatores culturais, religiosos, comunitários e familiares, entre outros.

Portanto, como é influenciada por estes fatores, a dimensão individual ganha vulto e destaca seu papel na percepção de qualidade de vida e do bem-estar humano.

Desta forma, ao partir-se do princípio que a qualidade de vida, ou o bem-estar humano, é composto por duas dimensões básicas: a dimensão objetiva e a subjetiva; a dimensão objetiva é aquela passível de ser publicamente apurada, observada e medida por fora, e que se reflete nas condições de vida registradas por indicadores numéricos de nutrição, saúde, moradia, criminalidade, etc; a dimensão subjetiva consiste na experiência interna de cada indivíduo, isto é, tudo aquilo que passa em sua mente de forma espontânea, que ele sente e pensa sobre a vida que tem levado (Gianetti, 2002).

Ainda, segundo Gianetti (2002), nota-se obviamente uma dependência recíproca entre ambas, a partir da observação de situações extremas: se o lado objetivo do bem-estar não preencher requisitos mínimos (alimentação, moradia, saúde etc...), não há mais bem-estar possível.

Diener (2000) afirma que, por milênios, pensadores ponderaram sobre a questão da qualidade de vida ou do bem-estar subjetivo, apesar de ser de outra forma, perguntando-se: o que é uma vida boa? Nestas reflexões, eles focaram-se em critérios como: amar outros, prazer, ou introspecção como características que definem qualidade de vida. Outra idéia do que constitui uma vida boa também presente entre estes pensadores, entretanto, é a

percepção das pessoas de que elas próprias estão tendo boas vidas. Idéia, como já citado, norteadora do conceito da OMS (WHOQLS Group, 1995).

Esta definição subjetiva de qualidade de vida é democrática por conceder a cada indivíduo o direito para decidir se sua vida vale a pena ou não. É a aproximação com esta definição de vida boa que veio a ser chamado "bem-estar subjetivo" e em condições coloquiais às vezes etiquetada de "felicidade".

Mais recentemente, alguns autores têm trabalhado o tema bem-estar subjetivo e outros, mais audaciosos, mas com o mesmo enfoque, tratam do tema através da expressão "felicidade", apenas como uma denominação diferente.

Segundo Seligman (2004), a felicidade (ou o bem-estar subjetivo) estaria ancorada em três pontos: prazer, engajamento e propósito, que refletiriam respectivamente uma vida agradável, boa e significativa.

O autor explica que prazer seria o quanto o indivíduo experimenta momentos de satisfação intensa e fugaz, ao passo que engajamento seria a sensação de gratificação ao contemplar suas forças e virtudes tendo sido bem empregadas em esforços como o trabalho, amor ou criação dos filhos. Já o propósito significa o emprego das forças pessoais a serviço de alguma coisa maior que nós mesmos, como justiça social, liberdade, democracia, religião, etc (Seligman, 2004).

O bem-estar subjetivo, ou felicidade, é parte da saúde no seu sentido mais geral e é manifestado em todas as esferas da atividade humana. É bem conhecido que quando um indivíduo se sente bem é mais produtivo, sociável e criativo, possui uma projeção de futuro positiva, infunde felicidade e a felicidade implica capacidade para amar, trabalhar, relacionar-se socialmente e controlar o meio. Tudo isso explica por si só a relação do bem-estar psicológico e da felicidade com os níveis de saúde (García-Viniegras e Benítez, 2000).

De fato, como afirma Marcondes (2004), se situamos o conceito de saúde num modelo diferente do da história natural da doença e procuramos a sua positividade, devemos empreender esforços para que nossa abordagem sobre qualidade de vida possa verdadeiramente contemplar questões como a busca da felicidade, realização de potenciais pessoais e coletivos, vida que valha a pena ser vivida, entre outras questões não resolvidas exclusivamente pela lógica da prevenção.

Provavelmente, tal movimento necessitará de conhecimentos de outras áreas do conhecimento científico, bem como das artes e da filosofia, dos saberes populares e das práticas religiosas ainda pouco legitimadas, para falar de saúde.

Por fim, é importante observar também que, em todas as sondagens feitas sobre qualidade de vida, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Mas, ainda fica a dúvida: tendo-se estabelecida a relação de condições / qualidade de vida com a longevidade, ao serem vistas pelo prisma da Promoção da saúde, qual seria a contribuição desta perspectiva subjetiva da qualidade de vida para a longevidade? Quais aspectos estão ligados a longevidade ao se analisar o transcorrer da vida das pessoas em nível individual?

Se, como diz Gianetti (2002), nota-se obviamente uma dependência recíproca entre o lado objetivo e subjetivo do bem-estar, ao se preencher requisitos mínimos para a sobrevivência, qual é o tamanho da influência do subjetivo para o prolongamento da vida das pessoas?

Qual é o papel do bem-estar subjetivo e da capacidade de lidar com as nuances da vida em fazer-nos viver mais? Qual é a relação destes aspectos individuais com a longevidade?

É sobre estas questões que este trabalho irá se debruçar, ao tentar estabelecer uma discussão sobre a relação que alguns aspectos, analisados em nível individual, tem com a longevidade, ao verificar e discutir a presença destes aspectos na vida dos sujeitos de pesquisa, e da percepção que cada uma destas pessoas tem destes aspectos em sua vida.

## **OBJETIVO GERAL**

➤ Realizar um levantamento de aspectos presentes ao longo da vida dos sujeitos de pesquisa, longevos por princípio, e discutir a ligação desses aspectos com a longevidade destes sujeitos.

### **Objetivos específicos**

- Identificar aspectos marcantes ao longo da vida das pessoas entrevistadas.
- Correlacionar estes aspectos com a longevidade.

## PERCURSO METODOLÓGICO:

*“Se desejamos saber como as pessoas se sentem  
- qual sua experiência interior, o que  
lembram, como são suas emoções e seus motivos,  
quais as razões para agirem como o fazem –,  
por que não perguntar a elas ?”*  
G. W. Allport

Em função da natureza do problema focalizado e das considerações feitas no embasamento teórico, é apresentado aqui o percurso metodológico que foi adotado para o processo de pesquisa. Assim, inserem-se neste item a caracterização do estudo, o método e o modo de investigação, a população, as técnicas de coleta e as limitações do estudo, assim como, o tratamento dos dados coletados na pesquisa.

Para se procurar entender e abordar assuntos, como o deste estudo que discute aspectos ligados a longevidade, que não cabem numa perspectiva objetiva e que fogem ao escopo da mensuração direta, a via de aproximação não pôde seguir uma metodologia baseada no quantificável, no ordenamento direto e sem maleabilidade.

Não foi proposto virar as costas ao método, muito pelo contrário. Tratou-se de utilizar uma aproximação baseada na qualidade do que é apresentado como evidência, não na sua simples contagem, a partir de algo já dado. Foi proposto fugir da *“miséria da ciência”*, como diria Pedro Demo (1995), que a explicou dizendo que *“(...) A maior miséria da ciência é ter fundado uma neutralidade tão comprometedora e tão infeliz. Por método, não entende de felicidade(...) não tem nada a dizer sobre a felicidade do homem. Não é tema para ela. Não cabe no método. E com isto desfaz-se da qualidade política(...) É um absurdo sarcástico jogar fora da ciência o que não cabe no método. Se a ciência se der a isto, não passará de algo mesquinho.”*

Os estudiosos adeptos de enfoques qualitativos, de acordo com Seidl e Zannon (2004), enfatizam que a utilização de medidas padronizadas pode levar a respostas estereotipadas, que têm pouco ou nenhum significado para as pessoas e das quais esta pesquisa quis fugir.

Estes mesmos autores defendem o uso de técnicas como as histórias de vida ou as biografias, e outras análises típicas dos enfoques qualitativos que podem trazer

contribuições à área. Apesar de alguns outros pesquisadores defenderem a complementaridade das metodologias, por meio da combinação de medidas padronizadas com análises de cunho quantitativo (Seidl e Zannon, 2004), esta pesquisa seguiu o modelo proposto pelos primeiros, pois se aproximou mais do propósito de análise deste estudo.

Para tanto, esta pesquisa seguiu a metodologia de Histórias de Vida que, segundo Denzin (*apud* Minayo, 2004), “apresenta as experiências e as definições vividas por uma pessoa, um grupo (...) e como (...) interpretam sua experiência”. Sendo realizada como uma entrevista prolongada com os sujeitos envolvidos na pesquisa, na qual o pesquisador constantemente interage com o informante, combina observação, relatos introspectivos de lembranças e relevâncias e roteiros mais ou menos centrados em algum tema (Minayo, 2004), que neste caso foram exatamente estas experiências e suas relações com a longevidade.

Desta forma, como dito anteriormente, procurou-se fazer um aprofundamento das questões referentes às relações que esperávamos encontrar com a longevidade. A pesquisa procurou explorar estas questões a partir de uma perspectiva individualizada e detalhada.

E para tanto, a abordagem qualitativa foi fundamental, já que a pesquisa qualitativa justifica-se na intenção de aprofundar a investigação no mundo dos significados das ações e relações humanas, ou seja, se preocupa com um nível da realidade social, cujos processos e fenômenos não podem ser quantificados ou reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2004).

Entendendo-se também que, segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa não se baseia em critérios numéricos para garantir representatividade, partimos de uma amostra inicial de três sujeitos de pesquisa. Tendo-se levado em consideração que a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (Minayo, 1994), não houve a necessidade de ampliar esta amostragem diante da sua análise.

Os dados obtidos através das entrevistas foram registrados através de gravações em áudio, mediante o consentimento dos sujeitos de pesquisa entrevistados, sendo que as informações coletadas foram posteriormente transcritas e examinadas através da análise dos seus conteúdos.

## **Sujeitos e cenário do estudo**

Para a escolha dos sujeitos de pesquisa, tentou-se confluir dois critérios: os de longevidade e de local que respeitasse relativas boas condições de vida, com o pressuposto de o primeiro advira do segundo. Procurou-se também escolher um cenário de pesquisa onde estas boas condições de vida fossem homogêneas entre a maioria da população.

Para tanto, foi escolhido o município de Antônio Carlos, região metropolitana de Florianópolis, estado de Santa Catarina.

Este município foi escolhido por ter, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 2002, o segundo lugar entre as 5510 cidades brasileiras na classificação da longevidade, possuindo uma esperança de vida ao nascer de 77,9 anos em 2000, além de ter seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado, atingindo 0,827 pontos, ficando com a 154<sup>a</sup> posição nacional e 36<sup>a</sup> dentre os 293 municípios do Estado de Santa Catarina (PNUD, 2006).

Ainda segundo o PNUD, esta cidade situa-se dentro de uma região metropolitana, a da Grande Florianópolis, que detém o maior IDH (0,859) entre as regiões metropolitanas brasileiras (PNUD, 2006). Este fato nos permite pressupor que a maioria desta população tem suas necessidades humanas básicas contempladas e uma maior homogeneidade, um viés importante a ser considerado.

De acordo com Pochman e Amorim, a cidade de Antônio Carlos também apresenta um baixo grau de exclusão social, retratado por seu bom Índice de Exclusão Social (0,816), colocando-a na 336<sup>a</sup> posição entre as cidades brasileiras. Este índice é o resultado de uma compilação de vários índices de expressão (os de Pobreza, Emprego, Desigualdade, Anos de estudo, Alfabetização, Escolaridade, Juventude e Violência) e, a exemplo do IDH, apresenta uma variação de 0 a 1, sendo melhor quanto mais próximo de 1 (Pochman e Amorim, 2004).

Esta cidade ainda está inserida no Estado de Santa Catarina, que desde 1960 vem apresentando uma evolução, quando analisada a luz deste mesmo índice. A sua evolução mostra a variação deste índice de 0,425 em 1960, passando por 0,686 em 1980, chegando a 0,739 em 2000 (Campos, 2004).

Para tanto, foram selecionadas seis pessoas longevas a partir de dados cadastrais da Secretaria Municipal de Saúde do município e da indicação dos profissionais que trabalham diretamente na assistência a saúde da população, na Unidade Local de Saúde, com a solicitação de que indicassem pessoas que tivessem nascido e vivido no município (ou na região) a maior parte de suas vidas.

A partir disso, o pesquisador e responsável pelas entrevistas foi apresentado pela equipe de saúde local para quatro dos possíveis seis entrevistados, sendo que três deles aceitaram (um homem e duas mulheres) e um rejeitou a participação na pesquisa por motivos pessoais. Após a aceitação da entrevista, o pesquisador visitou os sujeitos de pesquisa mais uma vez antes de realizar a entrevista para uma melhor aproximação do entrevistado e de sua realidade e para melhor apresentar a pesquisa e também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, noutro dia, foi realizada a entrevista.

### **Aspectos éticos**

As Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) basearam a realização deste trabalho e, seguindo o objetivo para que foi criada, garantiu os aspectos éticos no desenvolvimento desta pesquisa.

O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o registro CAAE-2030.0.000.242-06 no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP), tendo sido também avaliado pela Secretaria de Saúde do município de Antônio Carlos.

Além disto, o autor se propôs a retornar o resultado da pesquisa às pessoas envolvidas, aos sujeitos de pesquisa e a Secretaria de Saúde do município de Antônio Carlos, visando o benefício para estas pessoas da ampliação do conhecimento acerca do tema desenvolvido pela pesquisa, assim como, dar suporte a algumas questões surgidas ao longo do processo de pesquisa que se encontram ao alcance dos pesquisadores envolvidos.

### **Limites**

Ao contrário do que se poderia afirmar, a maior limitação desta pesquisa não esteve no fato de sua generalização não ser possível por sê-la qualitativa, mas no viés da interpretação do autor da pesquisa.

Quando se propôs a análise pela metodologia de História de Vida, pressupôs-se de antemão o embricamento do qualitativo com o quantitativo por um prisma Dialético (Konder, 2004), onde quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes, ensejando-se assim a dissolução das dicotomias quantitativo/qualitativo, macro/micro e interioridade/exterioridade (Minayo, 2004).

Ao admitir uma posição fora da tal “*neutralidade*” a que Demo (1995) se referia e combatia, o autor reconhece a possibilidade de interferência, a que todo pesquisador está sujeito, de seus próprios vieses, que incluem os de formação pessoal e profissional, ideologia política, entre outros.

Devido a isto, escolheu-se a metodologia qualitativa, em detrimento da quantitativa, não somente por uma questão ideológica, visto que as metodologias quantitativas são ícones do positivismo e do modelo hegemônico biomédico do campo da saúde, mas também pelo desejo de aprofundar o caráter social e a construção do conhecimento sem apreendê-lo de forma parcial e inacabada (Minayo, 2004).

O desejo, então, foi de cercar o tema e o problema de pesquisa de uma forma a abarcar todos as suas possibilidades, através de entrevistas bem desenvolvidas e traçar correlações aprofundadas no mais amplo espectro bibliográfico, para minimizar a influência citada.

### **Análise e tratamento dos dados a partir das entrevistas**

Como passo inicial para o processo discussão dos resultados e do trabalho de conclusão da pesquisa, procedeu-se a categorização do conteúdo das entrevistas através da análise das respostas dadas pelos sujeitos de pesquisa diante da entrevista.

Diante do fato das entrevistas terem sido realizadas pelo método de História de Vida, pôde-se enfaticamente perceber a profundidade que o conteúdo das respostas trouxe.

Este fato merece destaque pois permitiu uma criteriosa análise dos fatores que permearam a vida das pessoas, no sentido de alcançar e compreender o que estes

acontecimentos realmente significaram para os sujeitos da pesquisa e, portanto, para a mais fiel interpretação deste material.

A ‘Análise de conteúdo’ (Bardin, 1979) das entrevistas permitiu classificação do conteúdo das falas em nove categorias, sendo que algumas delas encontram-se caracterizadas por subcategorias, descritas a diante.

Essas divisões e subdivisões foram possíveis diante da leitura e análise exaustiva das entrevistas, através do que Minayo chama de ‘leitura flutuante’, posterior constituição de corpus’, procedendo então as fases de exploração, tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

As categorias extraídas das entrevistas pelas suas análises temáticas (Minayo, 2004) foram as seguintes:

### 1. Ocupação

Nesta categoria, procurou-se utilizar o termo “ocupação” para se caracterizar as atividades que envolvessem rotineiramente a vida dos entrevistados, que ocupassem o seu dia-dia.

Fez-se ainda uma distinção nesta categoria através da subdivisão em “trabalho formal”, na qual se encontra a atividade profissional ou a forma de sustento do entrevistado e “atividades rotineiras” para caracterizar atividades realizadas pelos sujeitos de pesquisa nas quais não estão presentes os critérios anteriores, mas que denotam um envolvimento cotidiano dos mesmos.

### 2. Autonomia

Entendendo autonomia como a capacidade de governar-se por si mesmo e fazer as coisas independentemente, e ainda, exercer um grau elevado de liberdade e de independência moral ou intelectual, criou-se esta categoria.

Analisando-se criteriosamente os fatores que envolvem e envolveram autonomia na vida dos sujeitos de pesquisa, entendeu-se por bem realizar a subcategorização a seguir: ‘Individual’ e ‘Coletiva’. Esta última caracterizada por ‘familiar’ e ‘comunitária’.

### 3. Resiliência

Sendo oriundo da física, de onde caracterizava flexibilidade, elasticidade ou a capacidade dos materiais de resistirem algum tipo força, o termo resiliência passou por um processo de ‘importação’ em direção às ciências humanas e hoje representa a resistência do indivíduo face às adversidades, não somente guiada por uma resistência física, mas pela visão positiva de reconstruir sua vida, a despeito de um entorno negativo, do estresse, das contrições sociais, que influenciam negativamente para seu retorno à vida, ou seja, a capacidade de um ser humano em superar uma dificuldade.

Não existindo ainda uma unanimidade na sua conceituação, a resiliência é comumente definida como a capacidade de o indivíduo, ou a família, enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las sendo uma forma de se garantir integridade, mesmo nos momentos mais críticos. (Pinheiro, 2004)

Estas definições permitiram que fossem feitas algumas aproximações deste termo com várias falas dos entrevistados, que ainda permitiram um agrupamento dos seus significados de duas formas: a) perseverança apesar das dificuldades e b) resistências apesar das perdas.

#### 4. Solidariedade

Ao atribuir o sentido de solidariedade a uma virtude moral que responsabiliza os indivíduos em relação aos outros ou a uma coletividade, conseguiu-se extrair das falas duas vertentes para este termo.

A primeira que denota uma percepção dos entrevistados de dever para com outros sujeitos, explicita a vontade e a prática dos sujeitos de pesquisa de realizar atos de para as outras pessoas, caracterizando as ações destes num sentido de “doar-se ao semelhante”. Apresenta-se como a vertente ‘individual’ da solidariedade.

A segunda vertente, a coletiva, explicita um teor de reciprocidade entre os indivíduos próximos aos sujeitos de pesquisa. Evidencia a vinculação entre estas pessoas e a presença da primeira vertente em outras pessoas do convívio dos entrevistados.

#### 5. Espiritualidade

Neste quesito, inicialmente, foram agrupadas a ‘prática religiosa’ e a ‘espiritualidade’ como subdivisões de uma categoria chamada ‘religiosidade’. Entretanto

analisando-se melhor o conteúdo desta categoria, entendeu-se por bem caracterizar a ‘prática religiosa’ como parte da categoria ‘ocupação’, por entendermos que a frequência a atividades religiosas denotaria melhor um emprego rotineiro do tempo dos entrevistados nesse tipo de prática.

A ‘prática religiosa’ diferenciava-se portanto do real conteúdo que poder-se-ia atribuir a uma categoria que expressasse a vinculação dos sujeitos de entrevista com aquilo que Vasconcelos (2006) chama de experiência de ligação com uma dimensão que vai além das realidades consideradas normais da vida humana.

Optou-se então por criar uma categoria isolada denominada Espiritualidade, diante do fato de ser freqüente a ocorrência deste conteúdo nas entrevistas. Além do que, estes conteúdos, quando apareciam, expressavam uma grande importância na vida destas pessoas. Importância que vai ao encontro do dito por Dalai-Lama (*in* Boff, 2006), que afirmou que “espiritualidade é aquilo que produz no ser humano uma mudança interior”.

#### 6. Relacionamentos afetivos

Diante das entrevistas transcritas e através das suas análises pôde-se perceber a forte frequência dos relacionamentos afetivos na vida dos entrevistados. A presença desses relacionamentos era caracterizada pelos sentimentos de afeição, amor e amizade.

Criou-se esta categoria baseada nos relacionamentos mantidos pelos sujeitos de pesquisa com seus cônjuges, namorados (e afins) que caracterizavam relacionamentos amorosos, e com filhos, familiares e amigos com os quais mantinham uma relação de forte afeto e um convívio muito próximo.

Esta categoria foi então subdividida em: a) Filhos, Familiares e Amigos e b) Amores.

#### 7. Sentimento de Realização

Nesta categoria foi possível agrupar quatro itens que caracterizam-na, ao entendermos que realização se define como o ato de realizar algo, tornar real, pôr em prática, fazer, constituir, criar, alcançar seu objetivo ou ideal (Ferreira, 1988).

Ao primeiro momento, pode parecer estranha a associação de quatro subcategorias distintas de certo modo. Entretanto, fica fácil compreender o ajuntamento destes subgrupos

ao apropriarmos-nos do conceito acima descrito e ao entendermos que sentimentos como os de satisfação com a vida (1), auto-estima elevada (2), deixar ou fazer parte de um “legado” (3) e de prosperidade emergem, neste caso, da noção de ter produzido algo em suas vidas ou de um sentimento de realização, propriamente dito.

Portanto a categoria ‘Sentimento de realização’ ficou subdividida como se segue:

- a. Satisfação com a vida: possuir uma avaliação positiva do decorrer de sua vida até o momento;
- b. Auto-estima elevada: denotar apreço, afeição ou consideração positiva por si mesmo;
- c. Deixar ou fazer parte de um “legado”: entendendo legado como aquilo que uma geração transmite a outra;
- d. Prosperidade: progresso, desenvolvimento gradual de um ser, de algo ou de uma atividade.

## 8. Celebração

A categoria ‘Celebração’ foi criada devido a presença corrente de citações de festejos e de comemorações que freqüentemente perpassavam a vida dos entrevistados. Estes festejos ou comemorações, ligados a diferentes âmbitos de suas vidas, demonstravam o seu engajamento em atividades coletivas produtoras de alegria e diversão.

## 9. Esperança

Devido ao fato dos entrevistados explicitarem durante boa parte das entrevistas uma expectativa positiva do futuro, decidiu-se por criar a categoria ‘Esperança’. Vale ressaltar aqui a diferenciação que esperança tem de otimismo para evitar a confusão entre os termos, uma vez que os participantes da pesquisa não evidenciaram este último.

Entendida como um sistema ou filosofia dos que têm fé no progresso moral e material da humanidade, na melhoria das condições atuais, na evolução social para o bem e para o ótimo, a ‘esperança’ revela a tendência da pessoa para considerar como provável ou esperar a realização daquilo que se deseja. Ao passo que otimismo encampa a disposição natural ou tendência para ver as coisas pelo lado bom, na qual sempre haverá uma solução

das situações ainda muito difíceis pois tudo ocorre no mundo do melhor modo possível (Ferreira, 1988).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70/LDA, 1997.
- 2- BOFF, L. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextante, 2006
- 3- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Promoção da Saúde**. As Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santafé de Bogotá. Brasília: IEC/Ministério da Saúde e Fiocruz, 1996.
- 4- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de políticas de saúde. Projeto de Promoção da Saúde. **A construção de vidas mais saudáveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 5- BRICENO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12(1): 7-30, jan-mar. 1996.
- 6- BUSS, P. M. **Health promotion and quality of life**. Ciênc. saúde coletiva, 2000, vol.5, no.1, p.163-177.
- 7- BUSS, P. M. **Enfoques prioritarios en salud pública**. In: Organización Panamericana de la Salud. **Desafios para la Educación en Salud Pública**. La Reforma Sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Pública. Washington, D.C.: OPS, 2000.
- 8- BUSS, P.M.; Ferreira J.R. **Promoção da saúde e a saúde pública**: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
- 9- BYDLOWSKI, C.R. *et al.* **Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!** Revista Saúde e Sociedade, v.13, n.1, p.14-24, jan-abr 2004.
- 10- CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R. M. **Qualidade de vida e medidas de utilidade**: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. Rev Panam Salud Publica, 2006, vol. 19, no 2, p.128- 136.
- 11- CAMPOS, A.; *et al.* **Atlas da exclusão social no Brasil**, volume 2: dinâmica e manifestação territorial. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

- 12- CUTOLO, L.R.A. **Estilo de Pensamento em Educação Médica: Um Estudo do Currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC**. Tese de doutorado, UFSC – Florianópolis, 2000.
- 13- CHAIMOWICZ, Flávio. **Health of the Brazilian elderly population on the eve of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives**. Rev. Saúde Pública, abr. 1997, vol.31, no.2, p.184-200.
- 14- CZERESNIA, D. **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- 15- DIENER, E. **Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index**. American Psychologist, Jan. 2000, vol 55, no. 1, p. 34-43.
- 16- DEMO, P. **Metodologia em ciências sociais**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- 17- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Escolar da Língua Portuguesa**. Riode Janeiro: Editora Nova Fronteira S.A., 1988.
- 18- FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças da educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- 19- GARCÍA-VINIEGRAS, C.R.V.; Benítez, I.G. **La categoría bienestar psicológico**. Su relación con otras categorías sociales. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(6):586-92.
- 20- GIANETTI, E. **Felicidade: Diálogos sobre o bem-estar na civilização**. São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 2002.
- 21- GIL, A C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- 22- KALACHE, Alexandre. **Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova**. Cad. Saúde Pública, Jul/Set. 1987, vol.3, no.3, p.217-220.
- 23- KONDER, L. **O que é Dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- 24- LALONDE, M. 1974. **El concepto de "Campo de la Salud": Una perspectiva canadiense**. In: OPS (Organização Panamericana de Saúde), 1996. **Promoción de la Salud: una antología**. Washington: OPS, Publ. Cient. 557.
- 25- LEFREVE, F. **Promoção da Saúde**. A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.
- 26- LITVAK, J. **El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000**. Bol. Oficina Sanit. Panam., 109:1-5, 1990.

- 27-MARCONDES, W.B. **A convergência de referências na Promoção da Saúde.** Revista Saúde e Sociedade, jan-abr 2004v.13, n.1, p.5-13.
- 28-MELILLO, A., Ojeda, E.N.S. *et al.* **Resiliência:** descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- 29-MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- 30-MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social teoria, métodos e criatividade.** 23<sup>a</sup>. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- 31-MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciênc. saúde coletiva, 2000, vol.5, no.1, p.7-18.
- 32-PERIAGO, M. R. **Longevity and the quality of life: a new challenge for public health in the Americas.** *Rev Panam Salud Publica*, maio/jun. 2005, vol.17, no.5-6, p.295-296.
- 33-PINHEIRO, Débora Patrícia Nemer. **A resiliência em discussão.** *Psicol. estud.* , Maringá, v. 9, n. 1, 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722004000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jun 2007.
- 34- PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). **Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil**, 2002. Disponível em <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em: 01 jul. 2006.
- 35-POCHMAN, M.; AMORIM, R. **Atlas da exclusão social no Brasil.** 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- 36-SCLIAR, M. **Do mágico ao social.** Porto alegre: L&PM,1987.
- 37-SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004.
- 38-SELIGMAN, M.E.P. **Felicidade Autêntica:** Usando uma nova psicologia para a realização permanente. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

- 39- SILVEIRA, L. S. **Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura da saúde suplementar** – Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, 2004, 112 p.
- 40- STOTZ, E.N.; ARAÚJO, J.W.G. **Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso.** Revista Saúde e Sociedade, maio-ago 2004, v.13, n.2, p.5-19
- 41- TAVARES, A.S.R., in <http://www.ensp.unl.pt/saboga/prosaude/eumahp>, maio, 2004.
- 42- TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105 p.
- 43- THE WHOQOL GROUP. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.** Soc Sci Med 1995; 41:1403-10.
- 44- VASCONCELOS, E.M. (org). **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006.
- 45- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion.** Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.
- 46- XAVIER, F. M. F. *et al.* A definição dos idosos de qualidade de vida. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, n. 1, 2003.

## **Longevidade e sua relação com Promoção da Saúde, Qualidade de Vida e Felicidade**

Longevity and its relationship with Health Promotion, Quality of Life and Happiness

Longevidad y su relación con Promoción de la Salud, Calidad de Vida y Felicidad

Ricardo Camargo Vieira<sup>1</sup>, Marco Aurélio Da Ros<sup>2</sup>

**RESUMO:** Este ensaio se propõe a contribuir com a discussão do papel do setor saúde na busca por vidas mais longas e saudáveis, ajudando na ressignificação corrente dos objetivos desta área do conhecimento e influenciando, por consequência, na assistência prestada e nos seus métodos de intervenção. Procurando traçar paralelos entre vários conceitos, faz-se um recorte teórico e encontra-se a possibilidade de se entender o bem-estar subjetivo como expressão da Promoção da Saúde. Podendo ser compreendido coloquialmente como felicidade, o bem-estar subjetivo acaba por ser apontado como item imprescindível para o entendimento dos conceitos de Promoção da Saúde e Qualidade de vida e para a possibilidade de um olhar diferenciado sobre os determinantes da longevidade.

**Palavras-chave:** Longevidade, Promoção da Saúde, Qualidade de Vida, Felicidade, Saúde Coletiva

**ABSTRACT:** This essay proposes to contribute with the discussion of the health sector's role in the search for longer and healthful lives, helping in the current 're-meaning' of the objectives of this knowledge area and influencing, for consequence, the assistance and its methods of intervention. Looking for tracing parallels among some concepts, a theoretical clipping was made up, meeting a possibility of understanding subjective well-being as an expression of the Health Promotion. Being understood colloquially as happiness, subjective well-being can be pointed as essential item in the agreement of the concepts of Health Promotion and Quality of life and in the possibility of a differentiated look on the conditioners of longevity.

**Key-word:** Longevity, Health Promotion, Quality of Life, Happiness, Public Health

**RESUMEN:** Este análisis se propone a contribuir con la discusión del papel del sector salud en la búsqueda por vidas más largas y saludables, ayudando en la resignificación corriente de los objetivos de esta área del conocimiento e influenciando, como consecuencia, la asistencia y sus métodos de intervención. Buscando paralelos que remontan entre algunos conceptos, un truncamiento teórico fue compuesto y que encuentra una posibilidad de entender bienestar subjetivo como expresión de la Promoción de la Salud. Pudendo ser entendido como felicidad, el bienestar subjetivo se puede señalar como un ítem esencial en la comprensión de los conceptos de Promoción de la Salud y Calidad de vida, y en la posibilidad de una mirada distinguida en los determinantes de la longevidad.

**Palabras clave:** Longevidad, Promoción de la Salud, Calidad de Vida, Felicidad, Salud Pública

---

<sup>1</sup> Médico de Família e Comunidade. Prefeitura Municipal de Florianópolis – Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>2</sup> Médico de Família e Comunidade. Mestre em Planejamento. Doutor em Educação. Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

## **Introdução**

A discussão em torno de qual papel teria o setor saúde na contribuição para a melhoria da vida das pessoas e para o aumento das suas capacidades de, plenamente, se desenvolverem e viverem mais, nem sempre integrou o ideário e as diretrizes da assistência a saúde.

A mudança das visões sobre o processo saúde-doença nem sempre foi permeada pelo benefício para as pessoas. Em seu processo histórico, perpassou a visão higienista, a visão da medicina social, e, mais tarde, a visão biologicista, sendo que em certos momentos, evidenciou um retrocesso do campo da saúde em objetivar a melhoria da vida das pessoas.<sup>1</sup>

Somente após a metade do século XX e o amadurecimento do entendimento de que o processo saúde-doença teria uma determinação multifatorial, é que houve um avanço na discussão do papel da área da saúde, a ponto de se chegar a compreensão da determinação social do processo saúde-doença.<sup>1</sup>

A partir de então, as discussões relacionadas a contribuição desta área do conhecimento, para uma vida mais longa e melhor, passaram a ser permeadas também pela tentativa de se entender o que é vida saudável e de como alcançá-la, além de serem vistas como tentativas não isoladas de outros setores, ou seja: eminentemente intersetorial, na direção de um bem-estar global.

Estas discussões apontavam para o quanto a determinação biologicista, visão hegemônica nos últimos tempos, estava se demonstrado insuficiente para dar conta de todas as questões referentes à determinação do processo saúde-doença.<sup>1</sup>

Se, em um tempo na história, a busca pelo microscópico, pelo processo químico, pelo intracorporal foi a única e exclusiva possibilidade de se pensar contribuições e respostas para a melhoria na vida das pessoas e o prolongamento de suas vidas, hoje existem outras possibilidades mais amplas e coerentes de se entender como a área da saúde pode abordar este desafio.

Cada vez mais, percebe-se que as condições de vida, incluídas as de moradia, saneamento, trabalho, educação, participação social e política, autonomia e desenvolvimento econômico; as condições psicológicas, embasadas na família e na comunidade; e as influências culturais, contribuem de forma decisiva, tanto na capacidade

de enfrentamento dos problemas, quanto na determinação do prolongamento da vida das pessoas.<sup>2</sup>

A observação e a comparação entre realidades distintas pela suas condições de vida, feitas por diversos estudos, revelam essa correlação direta.<sup>2</sup> Hoje, é claro para nós que se populações com poucos recursos sócio-econômicos, como as da África sub-saariana ou as sul-americanas, vivem menos que outras mais abastadas, como as de países nórdicos, não é exatamente pela falta de assistência médica ou por escassez de medicamentos, mas sim pela melhores condições de vida e de desenvolvimento pessoal e coletivo que estas detêm.

Entretanto, há um tempo atrás, este entendimento não era tão evidente. Aliás, também não era evidente a contribuição de algumas características individuais (tanto psicológicas quanto culturais) no evitamento e no enfrentamento de certas patologias e na contribuição para a melhoria da vida dos indivíduos e populações.

Alguns estudos são promissores para colaborar com este entendimento ao revelar que determinadas características psicológicas, como resiliência, postura otimista, entre outros, associadas ou não a alguns aspectos culturais, relacionados com a forma de encarar situações adversas também influenciam em resultados, eventos e desfechos, tanto individuais quanto coletivos.<sup>3,4</sup>

O entendimento de que todos estes aspectos integram os fatores que compõem a determinação social do processo saúde-doença, facilita a compreensão da necessidade de se discutir e aprofundar mais os estudos em torno de temas como Integralidade e Promoção da Saúde, devido à aproximação evidente entre eles.<sup>3</sup>

Admitir que um dos grandes desafios para o campo da saúde hoje é mergulhar na busca pela Integralidade e seus determinantes, percebendo sua forte vinculação com a Promoção da Saúde, aproxima o setor saúde da possibilidade de se criar ferramentas que auxiliem no desenvolvimento do maior benefício que se pode atribuir para esta área do conhecimento: a contribuição para uma vida longa e saudável.

Para tanto, a Promoção da Saúde, pressupondo a determinação social do processo saúde-doença, busca a superação dos fatores ligados a estruturação social e, em última instância, trabalha na tentativa de melhorar o desenvolvimento e a inserção humana dentro da sociedade.

Diante disto, este ensaio se propõe a contribuir com a discussão do papel do setor saúde na busca por vidas mais longas e saudáveis, pretende ajudar na ressignificação corrente dos objetivos desta área do conhecimento e influenciar, por conseqüência, na assistência prestada e nos seus métodos de intervenção.

### **A Promoção da Saúde**

O conceito de Promoção da Saúde apareceu entre as décadas de 1920 e 1940, de forma latente, com Winslow e Sigerist, que a definiram, no sentido de evitar as doenças, através do estímulo de hábitos e comportamentos saudáveis e com a preocupação de atuar nos fatores de risco, como parte da prevenção.<sup>5,6</sup>

Entretanto, a partir da década de 1970, continuou-se a perceber que não bastava atuar apenas na cura da doença, ou seja, depois que a doença já se instalara; era preciso intervir nos determinantes do adoecimento. Ao longo dos 30 anos seguintes, com a evolução nas discussões acerca dos conceitos de saúde e a realização de várias conferências sobre o tema, as evidências da associação entre saúde e estilos de vida foram se reforçando.<sup>5</sup>

Então, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá foram estabelecidas as bases conceituais da Promoção da Saúde, que incluíam temas como, a paz, a educação, a habitação, o poder de compra, um ecossistema estável e conservação dos recursos naturais e a equidade. Além disso, associou o tema a um conjunto de valores como solidariedade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjuntas.<sup>5,6</sup>

A Carta de Ottawa ampliou a concepção da promoção da saúde, dando especial destaque às dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Propôs como estratégias de ação: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; ações conjuntas intersetoriais; reforço da ação comunitária; desenvolvimento das capacidades individuais; e reorientação dos serviços de saúde. Dessa forma, a Promoção da Saúde saiu das unidades de assistência a saúde e se estendeu para as comunidades, os ambientes, as escolas e outros equipamentos sociais.<sup>5</sup>

A Promoção da Saúde, como nível de atenção, passou a se referir às ações destinadas a melhorar e aprimorar a saúde das pessoas, enfatizando a complexidade do

setor saúde. Esta complexidade acaba por envolver diversos olhares e diversas intervenções, tendo como enfoque uma visão integral do processo saúde-doença-atenção.

Esta Conferência foi seguida ainda pelas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde de Adelaide em 1988, Sundsvall em 1991, de Jacarta em 1997 e da cidade do México em 2000.

A discussão em torno do assunto evoluiu no sentido de enfatizar como a Promoção da Saúde ajuda a melhorar a vida econômica e social das populações e marca a diferença para a saúde e para a qualidade de vida, especialmente para as pessoas que vivem em circunstâncias adversas. Enfocando a necessidade de se colocar a saúde no topo da agenda de desenvolvimento internacional, nacional e local, a evolução deste conceito estimulou as parcerias para a saúde entre diferentes setores e em todos os níveis da sociedade.

Assim, pode-se concluir que o entendimento de Promoção da Saúde foi tendo um enfoque cada vez mais abrangente, transparecendo a mudança dos contextos socioeconômico e político que traçam paralelos entre seu conceito e o de outros variados movimentos, como o ambientalista, cooperativista, feminista, entre outros.

Este contexto sócio-histórico permitiu a divisão em dois grupos do amplo entendimento que se tem de Promoção da Saúde. Um deles, com enfoque comportamentalista, expressa-se em atividades dirigidas a transformação do comportamento dos indivíduos e de seus hábitos e estilos de vida, localizando-os nas famílias e, no máximo, nas comunidades. Ao pontuar fatores de risco, transfere, em última instância, a responsabilidade para o indivíduo.<sup>5,6</sup>

O outro enfoque dado a Promoção da Saúde, mais condizente com a evolução histórica do conceito, localiza o protagonismo nos determinantes gerais, nas condições de vida e de saúde, estando diretamente relacionada à qualidade de vida individual e coletiva. Destaca o acesso a alimentação saudável, habitação e saneamento, boas condições de trabalho, educação, ambiente e apoio social ao dirigir seu foco para o coletivo de indivíduos e para o ambiente, entendido em seu amplo espectro (físico, social, político, econômico e cultural).<sup>5,6</sup>

Sob estes enfoques, a saúde se apresenta como um conceito abrangente e positivo, que se apóia nos recursos sociais, pessoais e não somente na capacidade física ou condições

biológicas das pessoas. Traz a tona uma discussão que tem ocupado cada vez mais espaço: a construção de vidas mais saudáveis.

Se viver bem e com saúde é um desejo de todos, mesmo que a idéia de bem viver e de ter saúde não seja exatamente a mesma para todos os indivíduos, sabe-se que a vida das pessoas, da mesma forma que a sua saúde, é construída diariamente, seja por eles mesmos, seja pelas contingências e seja pelas condições que lhes são impostas, oferecidas ou conquistadas.

Ter uma vida saudável é muito mais do que ter um somente um corpo saudável. Entender vida saudável como estando limitada a um corpo sadio é o mesmo que acreditar que ter saúde é não ter doença alguma.

Esta idéia distorcida de saúde associada exclusivamente às questões corporais foi, durante muito tempo, a noção sobre a qual a saúde mais se apoiou para propor suas ações e as suas modalidades de intervenção. Entretanto, essa concepção não foi capaz de explicar as muitas formas de se adoecer e de se manter saudável.<sup>7</sup>

Existem inúmeras razões para as várias formas de adoecer e de manter-se saudável que estão mais relacionadas ao modo de viver de cada um, que se apóiam na cultura, nas crenças e nos valores que são compartilhados coletivamente, assim como, nas condições sociais que se encontram. Essa combinação de aspectos individuais e coletivos, associada a outros fatores de diferentes naturezas, como no caso das reações emocionais provocadas pelo enfrentamento de determinadas situações, ou mesmo da compreensão que se tem da própria vida, ajuda a demonstrar o quanto é complexo pensar saúde, falar de um modo de promover-la e de viver saudável.<sup>7</sup>

A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas, aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde, e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar e, desta forma fazer com que as pessoas vivam mais e melhor, coletivamente.

Desta forma, a Promoção da Saúde está ligada às ações e às condições que fazem com que as populações apresentem formas de viver condizentes com o esperado para um enfoque humanitário. Para que as pessoas tenham bom padrão de vida, ou ainda, vivam

melhor, e conseqüentemente, vivam mais. Este conceito de Promoção da Saúde mantém portanto uma estreita relação com a longevidade.

### **Longevidade e Promoção da Saúde**

No panorama mundial, as relações entre saúde, longevidade e qualidade/condições de vida têm se mostrado cada vez mais evidentes, deixando claro que, para se discutir longevidade, não basta discutir como as populações vão levar suas vidas após chegarem a velhice, ou pensar de forma objetiva somente em indicadores coletivos de condições ou qualidade de vida. Pois o envelhecimento não começa subitamente, mas consiste no acúmulo e interação de processos sociais e de comportamento durante a vida toda, devendo-se promover a saúde e o bem-estar durante toda a vida do indivíduo, para se alcançar uma velhice saudável.

Em países industrializados, a queda das taxas de mortalidade e fecundidade iniciadas no século XIX, acompanhou a ampliação da cobertura dos sistemas de proteção social e melhorias das condições de habitação, alimentação, trabalho e do saneamento básico. No Brasil, por outro lado, o declínio da mortalidade, que deu início à transição demográfica, foi determinado mais pela ação médico-sanitária do Estado que por transformações estruturais que pudessem se traduzir em melhoria da qualidade de vida da população: nas primeiras décadas do século XX, através de políticas urbanas de saúde pública como a vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias, e a partir da década de 40 pela ampliação e desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública.<sup>8</sup>

No entanto, há uma diferença fundamental entre os fatores que levaram a transição epidemiológica dos países mais desenvolvidos e aqueles que se observam, hoje, nos países em desenvolvimento. Foi só a partir da segunda metade do século XX que se tornou possível prevenir e tratar diversas enfermidades, cujo desfecho, anteriormente, era freqüentemente fatal. Porém, muito antes disso, a expectativa de vida na Europa, por exemplo, já havia alcançado valores tão altos como os do Brasil de hoje. Isso se deveu a uma melhoria das condições de vida para as populações daquele continente como um todo, e não ao impacto de medidas médico-tecnológicas.<sup>8</sup>

Maquiando esse contraste, as taxas de mortalidade vêm experimentando substanciais diminuições, mesmo que as condições de vida, sob o ponto de vista sócio-

econômico, não tenham tido uma melhora significativa para uma parcela apreciável da população dos países em desenvolvimento. Esse aumento na expectativa de vida é resultante de intervenções, de medidas específicas de saúde pública, não é portanto o resultado de um processo de envelhecimento natural devido a melhoria dos níveis de vida da maioria dos habitantes, mas sim um processo artificial.

Esse processo artificial faz com que muitas pessoas literalmente sobrevivam, apesar de suas lamentáveis condições de vida.

Como resultado, esse processo não natural de envelhecimento depara países como o Brasil, com uma dupla obrigação na área da saúde. Se de um lado, as marcas da pobreza e das condições sócio-econômicas ruins permanecem presentes, evidenciada pelos índices de morbi-mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e pela importância que a subnutrição continua ocupando entre nós; por outro lado, as doenças crônicas já figuram entre as principais causas de morbi-mortalidade (doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças neuro-degenerativas, etc).<sup>8</sup>

Parece evidente a necessidade de se repensar o papel do setor saúde nesse contexto, em que se percebe claramente a contribuição decisiva das condições de vida das populações na determinação da sua saúde. Isto requer promover estilos de vida saudáveis e pensar qualidade de vida ao longo da vida, para que não tenhamos que lidar apenas com “sobreviventes”, mantendo e reproduzindo um ciclo auto-destrutivo que apresenta uma tendência a se perpetuar.

Desta forma, os próprios objetivos da atenção à saúde passam a ser questionados então, sendo que cada vez mais esses objetivos deixem de ser simplesmente a “cura” dos pacientes e passem a ser a “melhoria da vida” das pessoas, no sentido do que afirmam as bases da Promoção da Saúde.

Se diante da reflexão sobre o que é saúde, ocorre uma vinculação com aspectos estruturais mantidos pelo Estado e pela sociedade, fica claro que a discussão acerca dos determinantes da longevidade não passa simplesmente pela assistência a saúde, principalmente se pensada pelo prisma curativista. Essa reflexão fundamenta a valorização da luta pelos determinantes sociais da saúde, pela insistência na tentativa de se focar o desenvolvimento das populações pelo prisma humanista e também, com importância relativizada, pela ressignificação da assistência à saúde como uma arma no combate a

iniqüidade e a possibilidade de desenvolvimento social e humano. A discussão sobre o que é saúde portanto passa pela discussão de condições e qualidade de vida.

### **Qualidade de Vida e Subjetividade**

A partir da década de 1960, o constructo qualidade de vida passou a ser entendido por um prisma subjetivo ou como qualidade de vida percebida pelas próprias pessoas, tendo-se ampliado para além da significação do crescimento econômico, buscando envolver os diversos aspectos do desenvolvimento social. Essa mudança foi em grande parte influenciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que declara que a saúde não se restringe à ausência de doença, mas engloba a percepção individual de questões que envolvem o bem-estar físico, mental e social.<sup>9</sup>

Entretanto, a partir do início da década de 1990, parece consolidar-se um direcionamento entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade.<sup>10</sup>

As várias concepções deste constructo eram até então orientadas por algumas correntes que seguiam padrões funcionalistas, econômicos ou de subjetividade. Entretanto, estudiosos enfatizam que qualidade de vida só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário das tendências iniciais de uso do conceito. Revelam que, no que tange a subjetividade, o termo qualidade de vida trata de considerar a percepção que a própria pessoa tem sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Em outras palavras, que somente o indivíduo tem como avaliar a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida.<sup>10</sup>

Apesar disso, ainda há um grande número de escalas estruturadas e testes desenvolvidos para tentar medir a qualidade de vida e que portanto variam amplamente na concepção, construtos e conteúdos, demonstrando que não há nenhum acordo sobre o que é uma medida da qualidade de vida, pois a maioria dos testes foi desenvolvido por profissionais, baseado nos seus padrões e definições sobre o que determina a qualidade de vida.<sup>11</sup>

Porém, sentimentos sobre a vida são subjetivos e o que é estimado como um fator importante para o bem-estar de um, pode não ser significativo para outra pessoa. Nesse sentido, a OMS afirma que há a preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de

avaliação e de instrumentos que devam considerar a perspectiva da população ou dos pacientes, e não a visão dos pesquisadores, de cientistas ou de profissionais de saúde. <sup>12</sup>

Deste modo, mais recentemente a qualidade de vida tem sido aproximada do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, mediado pela percepção dos indivíduos e suas coletividades. É mediada pelos seus conhecimentos, experiências e valores, pressupondo a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar, evidenciando deste modo os aspectos subjetivos relacionados a qualidade de vida. <sup>9</sup>

Em relação à multidimensionalidade, o segundo aspecto relevante do conceito de qualidade de vida, duas tendências são identificadas: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada ao estado de saúde, reconhecendo as diferentes dimensões do construto.

O aspecto multidimensional do constructo foi validado empiricamente através de quatro dimensões, a física que seria a percepção do indivíduo sobre sua condição física; a psicológica como a percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; a de relacionamento social sendo a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; e a do ambiente como a percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. <sup>11</sup>

Como as ciências da saúde mantiveram nos últimos anos a tendência biologicista, a dimensão física do constructo acabou por ganhar mais ênfase, evidenciando-se na segunda tendência apontada dentro do aspecto multidimensional da qualidade de vida. A qualidade de vida relacionada ao estado de saúde abrange uma face muito mais “engessada” do olhar sobre a qualidade de vida, abordando aspectos por vezes muito estanques e objetivos, ligados a doenças ou estados patológicos, tendenciando para o comportamentalismo presente durante muito tempo nas concepções de Promoção da Saúde.

Apesar de importantes, as questões objetivas relacionadas às condições de vida não necessariamente constituem o mesmo peso na avaliação de cada sujeito. É comum o equívoco de se determinar a associação da qualidade de vida exclusivamente a determinados estados de saúde, não havendo a percepção de que ambos somente mantêm uma relação, mas não são equivalentes. <sup>10,11</sup>

Enfatizando os aspectos subjetivos e multidimensionais da qualidade de vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma aceção mais ampla para o termo, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos, embora se saiba que o estado de saúde de indivíduos e coletividades, assim como os sistemas de saúde, influenciam e são influenciados pelo ambiente em que estão inseridos.

A OMS, adotando um conceito mais genérico, definiu qualidade de vida como "*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*".<sup>12</sup>

Assim, é possível dizer que a qualidade de vida, apesar de se apresentar com uma conotação individualizada, mantém uma forte vinculação com o padrão que a coletividade aponta e busca para si, enfatizando o rumo que a própria sociedade estabelece para ela mesma. Envolvendo, consciente ou inconscientemente, todo o conjunto de políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano.

Admitindo o conceito da OMS então, pode-se entender qualidade de vida como um conceito mutável e influenciado, dentro de cada sociedade, pelos valores importantes para esta. Desta forma, é possível perceber que, dentro de uma mesma sociedade, pode-se ter conceitos diferentes de qualidade de vida, influenciados por fatores culturais, religiosos, comunitários e familiares, entre outros. Estabelecendo uma "via-de-mão-dupla", a dimensão individual ganha vulto e destaca seu papel central na percepção e determinação da qualidade de vida e do bem-estar humano.

Desta forma, a qualidade de vida, ou o bem-estar humano, se revela composto por duas dimensões básicas: a dimensão objetiva e a subjetiva. A dimensão objetiva é aquela passível de ser publicamente apurada, observada e medida por fora, e que se reflete nas condições de vida registradas por indicadores numéricos de nutrição, saúde, moradia, criminalidade ou estado de saúde. Já a dimensão subjetiva consiste na experiência interna de cada indivíduo, isto é, tudo aquilo que passa em sua mente de forma espontânea, que ele sente e pensa sobre a vida que tem levado.

Ainda, nota-se obviamente uma dependência recíproca entre ambas, a partir da observação de situações extremas: se o lado objetivo do bem-estar não preencher requisitos

mínimos (alimentação, moradia, saúde, trabalho), não há mais bem-estar possível. Não há mais qualidade de vida.

### **“Felicidade” como expressão da Qualidade de vida**

Por milênios, pensadores ponderaram sobre a questão do bem-estar subjetivo ou da qualidade de vida. Apesar de ser de outra forma, perguntavam-se: o que é ter uma vida boa?

Nestas reflexões, eles focaram-se em critérios como: amor, prazer, ou introspecção como características que definem qualidade de vida. Outra idéia do que constituiria uma vida boa também presente entre estes pensadores, entretanto, fora a percepção das pessoas de que se elas próprias estariam tendo boas vidas.<sup>13</sup> Idéia, como já citado, norteadora do conceito da OMS.

Esta definição subjetiva de qualidade de vida é democrática por conceder a cada indivíduo o direito para decidir se sua vida vale a pena ou não. É a aproximação com esta definição de vida boa que veio a ser chamado "bem-estar subjetivo"<sup>13</sup> e em condições coloquiais às vezes etiquetada de “felicidade”.

O bem-estar subjetivo, ou felicidade, é parte da saúde no seu sentido mais geral e é manifestado em todas as esferas da atividade humana. É bem conhecido que quando um indivíduo se sente bem é mais produtivo, sociável e criativo, possui uma projeção de futuro positiva, infunde felicidade e a felicidade implica capacidade para amar, trabalhar, relacionar-se socialmente e controlar o meio. Tudo isso explica por si só a relação do bem-estar subjetivo (ou da felicidade) com os níveis de saúde.<sup>14</sup>

A população em geral sabe disso: em todas as sondagens feitas sobre qualidade de vida, valores não materiais, como amor, solidariedade, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção e entendimento.<sup>10</sup>

É claro que, mesmo aprofundando a dimensão subjetiva da qualidade de vida no sentido de afirmá-la como bem-estar subjetivo, aproximando-o do que se pode chamar de ‘felicidade’, não se está negando a necessidade de se garantir boas condições de vida, mas sim reafirmando o entendimento de que um aspecto é complementar ao outro, não devendo ser dependente da condição material, mas tão somente alicerçado na sua suficiência.

Encontrando base para seu pleno desenvolvimento a questão subjetiva da qualidade de vida pode ser explorada no sentido de reafirmar a Promoção da Saúde, ao entendê-la como a busca por modificar as condições de vida da sua própria coletividade para que

sejam dignas e adequadas, buscando também a transformação dos indivíduos, visando a qualidade de vida e a saúde nas suas diferentes dimensões (objetivas e subjetivas).

O caminho traçado nesta busca e os avanços conquistados durante este trajeto poderão ser entendidos como o processo determinante para a conquista da qualidade de vida, o bem-estar subjetivo ou, que seja, a felicidade.

### **Considerações finais**

Se promover a saúde é favorecer a melhoria das condições de bem-estar para as populações, e se é a partir de boas condições de vida que a longevidade se estrutura, o determinante para uma vida longa poderá estar alicerçado no bem-estar subjetivo e nos seus condicionantes.

Se for possível o empreendimento de esforços na árdua tarefa da busca pela saúde através de um modelo diferente do hegemônico e a procura da sua positividade, encontrando sustentação possivelmente em outros campos do saber que não somente o biomédico, será possível que a abordagem sobre a qualidade de vida possa realmente abarcar questões como a busca da felicidade, satisfação na vida, bem-estar individual e coletivo e outros dilemas que não usualmente abordados.

Para tanto será necessário escorar a Promoção da Saúde também em áreas como o conhecimento popular, a filosofia, as ciências humanas e sociais, assim como a espiritualidade, ou seja, áreas do saber claramente influenciadas pelo subjetivo.

Diante de evidências suficientes que ao estarem garantidas as boas (e não mínimas) condições de vida, ou seja, o aspecto objetivo da qualidade de vida, incluída a assistência a saúde, há um incremento importante na longevidade, fica o apontamento de qual rumo a saúde pode tomar na busca pelo prolongamento saudável da vida humana.

É possível que este movimento faça com que percebamos a confluência e a dependência de dois aspectos sempre almejados pela humanidade: o bem-estar subjetivo e a longevidade.

Para tanto, será preciso um mergulho no subjetivo, na busca pela autonomia e pelo empoderamento dos indivíduos e comunidades no sentido de poderem traçar seus próprios caminhos, ressignificando assim suas vidas e o papel da área da saúde como nível de assistência. Ressignificando a busca pela saúde como a busca pelo bem-estar, ou ainda, pela felicidade.

## **Bibliografia**

1. Scliar M. Do mágico ao social, Porto alegre: L&PM,1987.
2. Marcondes WB. A convergência de referências na Promoção da Saúde. Revista Saúde e Sociedade, jan-abr 2004;13, n.1, p.5-13.
3. Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! Revista Saúde e Sociedade, v.13, n.1, p.14-24, jan-abr 2004.
4. Silva MRS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Tavares KO. Resiliência e Promoção da Saúde. Texto Contexto Enferm. 2005; 14 (Especial).
5. Buss PM. Enfoques prioritarios en salud pública. In: Organización Panamericana de la Salud. Desafios para la Educación en Salud Pública. La Reforma Sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Pública. Washington, D.C.: OPS, 2000.
6. Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a Promoção da Saúde numa perspectiva bioética. Texto Contexto Enferm. 2005 Jan-Abril; 14 (1):82-88.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Projeto de Promoção da Saúde. A construção de vidas mais saudáveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
8. Chaimowicz F. Health of the Brazilian elderly population on the eve of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. Rev. Saúde Pública, abr. 1997, vol.31, no.2, p.184-200.
9. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. Rev Panam Salud Publica, 2006, vol. 19, no 2, p.128- 136.
10. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva, 2000, vol.5, no.1, p.7-18.
11. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar- a b r, 2004.
12. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41:1403-09.
13. Diener E. Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index.. American Psychologist, Jan. 2000, vol 55, no. 1, p. 34-43.

14. García-Viniegras CRV, Benítez IG. La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(6):586-92.

## **Além da aparência, em busca da essência. O que nos faz viver mais?**

**Beyond the appearance, in search of the essence. What does make us to live more?**

**Más allá de la apariencia, en la búsqueda de la esencia. ¿Que nos hace vivir más?**

Ricardo Camargo Vieira<sup>3</sup>, Marco Aurélio Da Ros<sup>4</sup>

**RESUMO:** A partir de um patamar digno de condições socioeconômicas, a contribuição das questões materiais e objetivas para a longevidade não é comprovada. Este estudo objetivou identificar aspectos presentes ao longo da vida de sujeitos de pesquisa longevos e discutir a ligação desses aspectos com a longevidade. A pesquisa foi realizada pelo método de História de Vida na cidade de Antonio Carlos (SC), a 2ª cidade em expectativa de vida no Brasil e que detém bons Índice de Desenvolvimento Humano e Índice de Exclusão Social. Encontrou-se a associação da longevidade com ocupação, autonomia, resiliência, solidariedade, espiritualidade, sentimento de realização, relacionamentos afetivos, celebração e esperança.

**Palavras-chave:** Longevidade, Promoção da Saúde, Saúde Coletiva

**ABSTRACT:** Starting from a worthy level of socioeconomic conditions, the contribution of the material and objective subjects for longevity is not an evidence. This study objectified to identify present aspects along the life of elderly subject of research and to discuss the connection of those aspects with the longevity. The research was accomplished by the method of History of Life at the 2nd city in life expectation in Brazil, which presents good Human Development Index and good Social Exclusion Index. This study met the association of longevity with occupation, autonomy, resilience, solidarity, spirituality, accomplishment feeling, affective relationships, celebration and hope.

**Key-words:** Longevity, Health Promotion, Public Health

**RESUMEN:** A partir de un nivel digno de condiciones socioeconómicas, la contribución de las cuestiones materiales y objetivas para la longevidad no es una evidencia. Este estudio buscó identificar los aspectos presentes a lo largo de la vida de los sujetos de pesquisa y discutir la conexión de esos aspectos con la longevidad. La investigación fue lograda por el método de historia de vida en la 2da ciudad en expectativa de vida en el Brasil, que presenta bueno Índice de desarrollo humano y bueno Índice de exclusión social. Este estudio encontró la asociación de la longevidad con la ocupación, la autonomía, la resiliencia, la solidaridad, la espiritualidad, el sentimiento de realización, las relaciones afectivas, la celebración y la esperanza.

**Palabras clave:** Longevidad, Promoción de la Salud, Salud Pública

---

<sup>3</sup> Médico de Família e Comunidade. Prefeitura Municipal de Florianópolis – Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>4</sup> Médico de Família e Comunidade. Mestre em Planejamento. Doutor em Educação. Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

## INTRODUÇÃO

A saúde e as condições de vida têm demonstrado melhoras significativas para a maioria dos países do mundo, se analisadas principalmente após a segunda metade do século XX. Esses avanços são fruto da melhoria da organização política e social, assim como, de avanços econômicos, nas condições ambientais e na saúde pública.<sup>1</sup>

Eles acabam por se refletir nos indicadores de saúde que vêm apresentando melhorias contínuas e incontestáveis, apesar das profundas iniquidades a que determinadas populações estejam submetidas, seja quando comparadas entre países diferentes, seja dentro de cada um.<sup>1</sup>

Um dos indicadores que vem apresentando substancial incremento é a expectativa de vida que, tanto quanto outros indicadores básicos de saúde, mantém uma forte vinculação com os diferenciais econômicos. Esses diferenciais econômicos são determinantes tanto para as variações nas tendências dos indicadores, como para os condicionantes sociais do processo saúde-doença-atenção e para o desenvolvimento humano.<sup>1</sup>

Apesar destas evidentes associações entre o desenvolvimento econômico e social com os indicadores de saúde, como a expectativa de vida, pesquisas recentes não são consensuais na associação de condições socioeconômicas na velhice e morbi-mortalidade, tampouco na associação direta de renda com a saúde da população como um todo nos estudos ecológicos. A maioria destes estudos foi realizada em países desenvolvidos e suscitam alguns apontamentos. Um deles é que estas populações estariam sendo analisadas mantendo-se um patamar mínimo de condições de vida, ou seja, em países desenvolvidos as condições socioeconômicas se apresentam suficientes para a maioria da população.<sup>(2, 3)</sup>, Apesar de ser documentada a relação inversa da longevidade com a exclusão social, estudos como estes indicam a necessidade de se explorar outros condicionantes para a longevidade.<sup>2</sup>

Em um estudo representativo da população brasileira, foram encontradas fortes associações entre pior nível sócio-econômico e pior percepção da saúde, apesar de não terem sido observadas associações entre nível sócio-econômico e condições crônicas específicas. Este estudo corrobora com vários outros que têm demonstrado consistentemente que a percepção da saúde tem sido descrita como um importante preditor

da sobrevivência entre idosos, sendo também um indicador mais fiel da qualidade de vida do que doenças específicas.<sup>2</sup>

Essas associações reforçam a necessidade de se enfatizar a aproximação do setor saúde com as estratégias de Promoção da Saúde, pois combinam ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária – empowerment comunitário), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais – empowerment individual), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais.<sup>(1,4)</sup>

A Promoção da Saúde tem sido caracterizada modernamente pela constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde e se associa a um conjunto de valores, como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento e participação social e outros.<sup>(1,4)</sup>

Desta forma, a Promoção da Saúde e as suas estratégias são determinadas pela condição socioeconômica das populações, mas também acabam por influenciá-las. Apresentando o viés macro e o viés micro, aponta para aspectos bem definidos do desenvolvimento socioeconômico e para os aspectos singulares que cada cultura define para si como condicionantes da sua saúde, ou seja, os aspectos individuais, comunitários e locais.

Portanto, ao se partir do pressuposto que, tendo-se condições de vida a partir de um patamar social digno e condizente com a possibilidade de desenvolvimento humano, é possível extrapolarmos os determinantes da longevidade também para questões relacionadas a percepção de saúde das pessoas ou das experiências vivenciadas por elas ao longo de suas vidas.

Ao se perceber que o conhecimento biomédico tem cada vez menos respondido a estas questões e às tentativas de se modificar os determinantes de saúde da população, e desta forma ter se demonstrado superado como modelo de saúde<sup>3</sup>, é necessário que se busque outros caminhos que contribuam para o entendimento do aumento da longevidade.

Diante disso, quais outros fatores poderiam estar associados a longevidade se entendermos que a contribuição dos aspectos socioeconômicos se dá até certo ponto? Que fatores presentes ao longo da vida das pessoas poderiam estar contribuindo na determinação da longevidade destes indivíduos?

Este estudo procurou identificar aspectos presentes ao longo da vida de sujeitos de pesquisa longevos e discutir a ligação desses aspectos com a longevidade.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Para se procurar entender e abordar assuntos, como o deste estudo que discute aspectos ligados a longevidade, que não cabem numa perspectiva objetiva e que fogem ao escopo da mensuração direta, a via de aproximação não pôde seguir uma metodologia baseada no quantificável, no ordenamento direto e sem maleabilidade. Tratou-se de utilizar uma aproximação baseada na qualidade do que é apresentado como evidência, não na sua quantificação, a partir de algo já dado.

Os estudiosos adeptos de enfoques qualitativos enfatizam que a utilização de medidas padronizadas pode levar a respostas estereotipadas, que têm pouco ou nenhum significado para as pessoas e das quais esta pesquisa quis fugir.<sup>5</sup>

Para tanto, esta pesquisa seguiu a metodologia de Histórias de Vida que apresenta as experiências e as definições vividas pelo sujeito de pesquisa e como interpreta sua experiência. Tendo sido realizada como entrevistas prolongadas, foi possível combinar observação, relatos introspectivos de lembranças e relevâncias e roteiros mais ou menos centrados no tema, que neste caso foram exatamente estas experiências e suas relações com a longevidade.<sup>5</sup>

Desta forma, procurou-se fazer um aprofundamento das questões referentes às relações que esperávamos encontrar com a longevidade. A pesquisa procurou explorar questões a partir de uma perspectiva individualizada e detalhada. E para tanto, a abordagem qualitativa foi fundamental, já que a pesquisa qualitativa justifica-se na intenção de aprofundar a investigação no mundo dos significados das ações e relações humanas, ou seja, se preocupa com um nível da realidade social, cujos processos e fenômenos não podem ser quantificados ou reduzidos à operacionalização de variáveis.<sup>5</sup>

Entendendo-se também que a pesquisa qualitativa não se baseia em critérios numéricos para garantir representatividade, partimos de uma amostra inicial de três sujeitos de pesquisa. E tendo-se levado em consideração que a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões, não pareceu haver a necessidade de ampliar esta amostragem diante da sua análise.<sup>5</sup>

### **Sujeitos e cenário do estudo**

Para a escolha dos sujeitos de pesquisa, tentou-se confluir dois critérios: os de longevidade e de local que respeitasse relativas boas condições de vida, com o pressuposto de que o primeiro advira do segundo. Procurou-se também escolher um cenário de pesquisa onde estas boas condições de vida fossem homogêneas entre a maioria da população.

Para tanto, foi escolhido o município de Antônio Carlos, região metropolitana de Florianópolis, estado de Santa Catarina. Este município foi escolhido por ter, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 2002, o segundo lugar entre as mais de cinco mil cidades brasileiras na classificação da longevidade, possuindo uma esperança de vida ao nascer de 77,9 anos em 2000, além de ter seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado, atingindo 0,827 pontos. Este IDH a faz ficar com a 154<sup>a</sup> posição nacional e 36<sup>a</sup> dentre os 293 municípios do Estado de Santa Catarina <sup>6</sup> e, apesar de merecer uma investigação pela aparente discrepância entre as posições da esperança de vida e do IDH, evidencia uma posição de destaque.

Ainda segundo o PNUD, esta cidade situa-se dentro de uma região metropolitana, a da Grande Florianópolis, que detém o maior IDH (0,859) entre as regiões metropolitanas brasileiras.<sup>6</sup> Este fato nos permite pressupor que a maioria desta população tem suas necessidades humanas básicas contempladas e uma certa homogeneidade entre seus moradores.

A cidade de Antônio Carlos também apresenta um baixo grau de exclusão social, retratado por seu bom Índice de Exclusão Social (0,816), colocando-a na 336<sup>a</sup> posição entre as cidades brasileiras. Este índice é o resultado de uma compilação de vários índices de expressão (os de Pobreza, Emprego, Desigualdade, Anos de estudo, Alfabetização, Escolaridade, Juventude e Violência) e, a exemplo do IDH, apresenta uma variação de 0 a 1, sendo melhor quanto mais próximo de 1. <sup>7</sup> Esta cidade ainda está inserida no Estado de Santa Catarina, que desde 1960 vem apresentando evolução deste mesmo índice, mostrando uma variação de 0,425 em 1960, passando por 0,686 em 1980, chegando a 0,739 em 2000. <sup>6</sup>

Para tanto, foram selecionadas seis pessoas longevas a partir de dados cadastrais da Secretaria Municipal de Saúde do município e da indicação dos profissionais que trabalham diretamente na assistência a saúde da população, na Unidade Local de Saúde, com a

solicitação de que indicassem pessoas que tivessem nascido e vivido no município (ou na região) a maior parte de suas vidas.

A partir disso, o pesquisador foi apresentado pela equipe de saúde local para quatro dos possíveis seis entrevistados, sendo que três deles aceitaram e um rejeitou a participação na pesquisa por motivos pessoais. Após a aceitação da entrevista, o pesquisador visitou os sujeitos de pesquisa mais uma vez antes de realizar a entrevista para uma melhor aproximação do entrevistado e de sua realidade e para apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (sob o registro CAAE-2030.0.000.242-06 no SISNEP). Posteriormente, foram realizadas as entrevistas com a proposição de retornar o resultado da pesquisa às pessoas envolvidas.

### **ANÁLISE DAS ENTREVISTAS**

Como passo inicial para o processo de discussão dos resultados e do trabalho de conclusão da pesquisa, procedeu-se a categorização do conteúdo das entrevistas através da análise das respostas dadas pelos sujeitos de pesquisa.

Diante do fato das entrevistas terem sido realizadas pelo método de História de Vida, pôde-se enfaticamente perceber a profundidade que o conteúdo das respostas trouxe.

Este fato merece destaque pois permitiu a análise dos fatores que permearam a vida destas pessoas, na tentativa de alcançar e compreender o que estes acontecimentos realmente significaram para os sujeitos de pesquisa e, portanto, para uma interpretação mais fiel possível deste material.

A ‘análise de conteúdo’<sup>5</sup> das entrevistas permitiu a classificação do conteúdo das falas dos sujeitos de pesquisa em nove categorias, sendo que algumas delas encontram-se caracterizadas por subcategorias, descritas a diante.

Essas divisões e subdivisões foram possíveis diante da ‘leitura flutuante’ e análise exaustiva das entrevistas e posterior ‘constituição de corpus’, procedendo então as fases de exploração, tratamento e interpretação dos resultados obtidos.<sup>5</sup>

As categorias extraídas das entrevistas pelas suas análises temáticas são descritas a seguir caracterizadas por falas como exemplos, onde os sujeitos de pesquisa são tratados pelos pseudônimos Benzedeira (de 96 anos), Contador de Histórias (92 anos) e Zeladora (82 anos). Além disto, pode-se observar nas falas a mistura das categorias, pois a sua separação foi mero exercício acadêmico.

## **Ocupação**

Nesta categoria, procurou-se utilizar o termo “ocupação” para caracterizar as atividades que envolvessem rotineiramente a vida dos entrevistados, que ocupassem o seu dia-dia.

Fez-se ainda uma distinção nesta categoria através da subdivisão em “trabalho formal”, na qual se encontra a atividade profissional ou a forma de sustento do entrevistado, e “atividades rotineiras”, para caracterizar atividades realizadas pelos sujeitos de pesquisa nas quais não estão presentes os critérios anteriores, mas sim, atividades que denotam um envolvimento cotidiano dos mesmos.

- “(...) *galinha, porco, tinha cavalos. Fazíamos cachaça, açúcar, farinha, plantávamos arroz, feijão. Só comprávamos carne, mas às vezes matávamos (algum animal) ou outros matavam, dávamos uns pedaços aos outros, tudo combinava. Mas uma vida pesada, sabe?(...) tirávamos aquela lenha toda e plantava o milho, o feijão, o arroz, tudo ali. Nós trabalhávamos! Eu estou desde os oito anos na roça.*” (Benzedeira);

- “*Ah! Uma porção (de livros e cadernos)... Eu escrevia as folhas e depois ia juntando pra fazer o livro, né? (...) É, eu crio historias, muito bonitas mesmo. (...) Vai dar 41 anos, este ano (desde quando começou).*” (Contador de Histórias);

- “*Hoje eu sou zeladora do Apostolado, eu cuido do Apostolado, eu tenho as minhas (companheiras de religião) que pertencem a minha lista, tenho 21 que são da minha lista, eu tenho que cuidar delas, cobrar delas, tem que levar para a Igreja, tem que mandar para a Igreja. Eu cuido da Igreja (...). E agora, no Apostolado da Oração, eu já estou há muitos anos, desde que eu casei eu sempre pertenci ao Apostolado até hoje ainda.*” (Zeladora).

## **Autonomia**

Entendendo autonomia como a capacidade de governar-se por si mesmo e fazer as coisas independentemente, e ainda, exercer um grau elevado de liberdade e de independência moral ou intelectual, criou-se esta categoria.

Analisando-se criteriosamente os fatores que envolvem e envolveram autonomia na vida dos sujeitos de pesquisa, entendeu-se por bem realizar a subcategorização a seguir: ‘Individual’ e ‘Coletiva’. Esta ultima caracterizada por ser ‘familiar’ e ‘comunitária’.

a. Individual

- *“Eu nunca deixei os filhos passarem necessidade. Eu fazia pão, eu fazia rosca, eu fazia tudo. Cozinhas, fazia sabão. Fazia tudo.”* (Zeladora).

b. Coletiva (Familiar e Comunitária)

- *“Naquele tempo, nada era comprado na venda, era quase tudo colhido da roça (...) Tudo que nós comíamos em casa e também carne, a gente criava. Muitos porcos, muito gado... De vez enquanto a gente podia matar um boizinho, uma vaquinha e sempre muitos porcos.”* (Contador de Histórias);

- *“Os vizinhos, tudo era muito bom, ajudavam os outros... Hoje, ninguém quer ajudar o outro! Se alguém não tinha no que trabalhar dava uma ajuda boa para ele trabalhar... (...) Um ajudava o outro.”* (Benzedeira).

### **Resiliência**

Sendo oriundo da física, de onde caracterizava flexibilidade, elasticidade ou a capacidade dos materiais de resistirem algum tipo de força, o termo resiliência passou por um processo de ‘importação’ em direção às ciências humanas e hoje representa a resistência do indivíduo face às adversidades, não somente guiada por uma resistência física, mas pela visão positiva de reconstruir sua vida, a despeito de um entorno negativo, do estresse, das contrições sociais, que influenciam negativamente para seu retorno à vida, ou seja, a capacidade de um ser humano em superar dificuldades.<sup>8</sup>

Não existindo ainda uma unanimidade na sua conceituação, a resiliência é comumente definida como a capacidade de o indivíduo, ou a família, enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las sendo uma forma de se garantir integridade, mesmo nos momentos mais críticos.<sup>8</sup>

Estas definições permitiram que fossem feitas algumas aproximações deste termo com várias falas dos entrevistados, que ainda permitiram um agrupamento dos seus significados de duas formas: perseverança apesar das dificuldades e resistências apesar das perdas.

a. Perseverança apesar das dificuldades

- *“A vida foi dura vou te contar. Não era brincadeira não, hoje eu penso que era mentira. Que não era possível atravessar tudo o que eu atravessei. Mas atravessei, graças a Deus, estou aqui com 82 anos.”* (Zeladora);

- *“Depois que ele (o pai) morreu, nós tivemos que ir pra roça... Nós era pequeno (8 anos)... Aí, trabalhava na roça, fazia farinha (...) Era uma vida pesada... Oh, credo!”* (Benzedeira).

b. Resistência apesar das perdas

- *“Quando ele (esposo) faleceu, ele ficou 15 dias lá no hospital que era uma penúria a gente ver, lá no oxigênio e coisa. Eu pensava assim, se era para eu ficar com ele e vendo ele sofrer desse jeito, foi bom que Deus o levou. Eu me conformava, porque ele estava sofrendo muito nos últimos tempos no hospital. Que sofrimento era lá, era muito triste a gente ver (...) foi melhor para ele morrer (...). Porque ele não podia mais viver, do jeito que ele estava não podia mais viver. Então Deus o levou. A gente se conformou, porque nossa vida é assim, ela vai até um tempo, depois...”* (Zeladora);

- *“(...) eu fui pra lá, ali pelas onze horas e não encontrei-o (filho), a casa tava toda aberta, eu ‘tava’ vendo o serviço dele que ele ‘tava’ fazendo (...), mas eu não encontrei com ele. (...) olhamos dentro de casa, pra lá, pra cá, e nós fomos embora. Quando estávamos aqui em casa já falaram no telefone que ele tinha morrido... E nós estivemos ali, mas não lembramos de olhar embaixo da casa, eu vi que tava aberto ali, mas ninguém se lembrou de dar uma olhada ali. Ninguém olhou em baixo da casa e quando chegamos aqui já avisaram por telefone que ele tinha morrido (eletrocutado). (...) Ah, sim! Era muito ligado a ele... (...) Faz três anos que ele faleceu.”* (Contador de Histórias).

### **Solidariedade**

Ao atribuir o sentido de solidariedade a uma virtude moral que responsabiliza os indivíduos em relação aos outros ou a uma coletividade, conseguiu-se extrair das falas duas vertentes para este termo.

A primeira que denota uma percepção dos entrevistados de dever para com outros sujeitos, explicita a vontade e a prática dos sujeitos de pesquisa de realizar bons atos para as outras pessoas, caracterizando suas ações num sentido de “doar-se ao semelhante”. Apresenta-se como a vertente ‘individual’ da solidariedade.

A segunda vertente, a coletiva, explicita um teor de reciprocidade entre os indivíduos próximos aos sujeitos de pesquisa. Evidencia a vinculação entre estas pessoas e a presença da primeira vertente em outras pessoas do convívio dos entrevistados.

a. Individual

- *“E sou boa também, ajudo os outros. Ganho um ‘salariozinho’ mas ainda ajudo, tem tanta gente que vem aqui pedir. E a vó dá. Não deixo sair sem dinheiro, eles vem eu dou pão, quando chega o Natal, eu dou dinheiro para eles comprarem uma galinha, para comer, para eles fazerem a festa deles também. (...) tem que ajudar.”* (Benzedeira);

- *“(...) esta igreja eu ajudei muito, por que a maior parte da madeira foi tirada daqui do mato pra fazer esta igreja; e até pra igreja de Antonio Carlos, a madeira mais pesada foi tirada daqui sem cobrar um tostão.”* (Contador de Histórias).

b. Coletiva

- *“Quando o pai esteve doente, cada noite ficava um (filho) lá. Eles fizeram reunião entre eles ‘hoje é esse, amanhã é esse, depois de amanhã é aquele...’. Ninguém achou ruim, todo mundo ajudou.”* (Zeladora);

- *“Os vizinhos, tudo era muito bom, ajudavam os outros (...) Se alguém não tinha no que trabalhar, dava uma ajuda boa para ele trabalhar... (...) Um ajudava o outro.”* (Benzedeira);

- *“(os filhos) Ajudavam... a esposa também ajudava muito, toda a família trabalhava junto, toda a família ajudava na roça.”* (Contador de Histórias).

### **Espiritualidade**

Neste quesito, inicialmente, foram agrupadas a ‘prática religiosa’ e a ‘espiritualidade’ como subdivisões de uma categoria chamada ‘religiosidade’. Entretanto analisando-se melhor o conteúdo desta categoria, entendeu-se por bem caracterizar a ‘prática religiosa’ como parte da categoria ‘ocupação’, por haver o entendimento de que a frequência a atividades religiosas denotaria melhor um emprego rotineiro do tempo dos entrevistados nesse tipo de prática.

A ‘prática religiosa’ diferenciava-se portanto do real conteúdo que poder-se-ia atribuir a uma categoria que expressasse a vinculação dos sujeitos de entrevista com a experiência de ligação com uma dimensão que vai além das realidades consideradas normais da vida humana.<sup>9</sup>

Optou-se então por criar uma categoria isolada denominada Espiritualidade, diante do fato de ser freqüente a ocorrência deste conteúdo nas entrevistas. Além do que, estes

conteúdos, quando apareciam, expressavam uma grande importância na vida destas pessoas.

- *“No meu parecer, sem Deus, ninguém forma. Eu sempre digo para os meus filhos: ‘Botem Deus na frente para vocês irem em frente.’ (...) Porque se a gente tem fé, a gente tem força; se a gente não tem fé, a gente perde a força. Pessoas que não tem fé eles perdem a força, eles caem na vida (...). A pessoa que não tem fé não tem força, eu acho.”* (Zeladora);

- *“A vida da gente é pesada né? Mas é cheia de alegria. A gente deve ter alegria e fé em Deus. Eu sempre digo, Deus é bom. Por que sem Deus nós não somos nada e com Deus nós somos valentes.”* (Benzedeira);

- *“(...) não tenho nada melhor que os outros também, só vai por que Deus me deixou aqui pra ver que eu tinha mais uma tarefa a fazer, não acabei minhas tarefas ainda, meus trabalhos. Por causa disso cheguei a 90 anos.”* (Contador de Histórias).

### **Relacionamentos afetivos**

Diante das entrevistas transcritas e através das suas análises pôde-se perceber a forte frequência dos relacionamentos afetivos na vida dos entrevistados. A presença desses relacionamentos era caracterizada pelos sentimentos de afeição, amor e amizade.

Criou-se esta categoria baseada nos relacionamentos mantidos pelos sujeitos de pesquisa com seus companheiros (cônjuges, namorados e afins) que caracterizavam relacionamentos amorosos, e com filhos, familiares e amigos com os quais mantinham uma relação de forte afeto e um convívio muito próximo.

Esta categoria foi então subdividida em:

a. Filhos, familiares e amigos (filhos, netos, etc)

- *“Eu sempre estava contente, cada filho que eu ganhava, eu sempre aceitava com muito amor, todos eles. Hoje ainda o amor deles é todo igual.”* (Zeladora);

- *“Ah! Tinha, sim! Tinha uns companheiros da escola que ficaram amigos até o final da vida (...) agora minha turma tá ficando meio fraca já. Tem dois companheiros do meu banco (da escola), éramos quatro: o Zacarias faleceu, o Luiz tá meio mal também e é um pouco mais velho que eu, e o Samuel era do meu banco, (...) quatro alunos. (...) (continuamos amigos) a vida toda. (...) Sim, tinha muitos amigos, amigos que eram do meu banco. (...) Faleceram...”* (Contador de Histórias).

b. Amores

- *“O Alvino (esposo) tinha 21 e eu tinha 20 (anos, ao casamento)... Nós nos conhecemos desde os tempos de aula... Depois nós nos criamos, ele foi para um lado e eu para o outro, ele tinha as namoradas dele eu tinha os meus namorados e ficou assim (...). Depois, (...) me pediu em namoro e a gente casou.”* (Zeladora);
- *“Mas o que mais valeu a pena pra mim foi ser casado, (...) ter esposa (...), tanto a primeira quanto esta aqui (a segunda)...”* (Contador de Histórias).

**Sentimento de Realização**

Nesta categoria foi possível agrupar quatro itens que caracterizam esta categoria, ao se entender que realização é definida como o ato de realizar algo, tornar real, pôr em prática, fazer, constituir, criar, alcançar seu objetivo ou ideal.<sup>10</sup>

Ao primeiro momento, pode parecer estranha a associação de quatro subcategorias distintas de certo modo. Entretanto, fica fácil compreender o ajuntamento destes subgrupos ao se apropriar do conceito acima descrito e ao se entender que sentimentos como os de satisfação com a vida (1), auto-estima elevada (2), deixar ou fazer parte de um “legado” (3) e de prosperidade (4) emergem, neste caso, da noção de ter produzido algo em suas vidas ou de um sentimento de realização, propriamente dito.

Portanto a categoria ‘Sentimento de realização’ ficou subdividida como se segue:

- a. Satisfação com a vida: possuir uma avaliação positiva do decorrer de sua vida até o momento;
- *“Como eu tinha muita confiança em Deus eu esperava felicidade, sempre esperei ser feliz, e graças a Deus, como eu fui feliz.”* (Zeladora);
  - *“Ah, estou (satisfeita com a vida), eu sei que vou para o céu!”* (Benzedeira);
  - *“É por que a felicidade a gente não sofre mais, a gente tá satisfeito, né? A gente ver: ‘Ah! Aqui tem tudo que eu quero!’. Satisfeito... Eu acho que a felicidade é isso...”* (Contador de Histórias).
- b. Auto-estima elevada: denotar apreço, afeição ou consideração positiva por si mesmo;
- *“Ah, eu rezo para (eu mesma) durar bastante anos, mas com saúde. Para ajudar... pois se a vó morre, quem vai rezar como eu rezo? Então a vó reza para poder*

*deixar a vó mais tempo, mas com saúde, doente na cama não. (...) Por que eu sei que faz falta. Se eu morrer, farei muita falta... Nossa Senhora!”* (Benzedeira);

- *“(...) mas todo mundo gostava muito de mim até hoje, eu gosto de todos e todo mundo gosta de mim.”* (Contador de Histórias).

c. Deixar ou fazer parte de um “legado”: entendendo legado como aquilo que uma geração transmite a outra;

- *“Eu conservei essa união (entre a família) e acho que eu vou conservar até morrer.”* (Zeladora);

- *“Ah, tem que ensinar. (...) A gente tem que ensinar, mas quem vem aqui, tem o livrinho (de benzeduras), aí quem pega o livrinho, aprende!”* (Benzedeira);

- *“Eu gostava que (os filhos e netos) continuassem a religião como a gente da família, por que a gente tinha fé que aquele era um meio pra gente se salvar, né? Eu praticava a religião como os pais e avós também já tinham... e a gente gostava que filhos continuassem também. (...) Sim... (os filhos e netos) Vão sim.”* (Contador de Histórias).

d. Prosperidade: progresso, desenvolvimento gradual de um ser, de algo ou de uma atividade.

- *“Naquele tempo não tinha farmácia, não tinha nada aqui, era tudo deserto como se diz, não tinha estrada, não tinha nada. (...) Depois arrumaram, fizeram o asfalto, daí melhorou. Começou a ficar bom. Veio a farmácia para cá e coisas que eram preciso. Antes não tinha nada.”* (Zeladora);

- *“E ele (filho) veio aqui e comprou esse chão de casa (...). Aí fizemos aquela casinha de madeira ali e ficamos morando ali. O terreno (antigo) está lá ainda, o terreno está lá, no sítio... Tem gado, tem galinha e tudo. Fica perto, é atrás desse morro... (...) Aí então viemos morar aqui (casa de alvenaria) (...).”* (Benzedeira).

### **Celebração**

A categoria ‘Celebração’ foi criada devido a presença corrente de citações de festejos e de comemorações que freqüentemente perpassavam a vida dos entrevistados. Estes festejos ou comemorações, ligados a diferentes âmbitos de suas vidas, demonstravam o seu engajamento em atividades coletivas produtoras de alegria e diversão.

- “(...) na casa onde eu morava já tinham esse hábito de festejar aniversário, começo do ano, Natal, essas coisas. Eu me casei e continuei com os mesmos hábitos, o mesmo sistema.” (Zeladora);

- “Tinha (todos os domingos)... Tinha baile, tinha missa... Domingo ia à missa, voltava pra casa, de tarde ia dançar... Dançávamos que nos acabávamos, sabíamos dançar, nós éramos ‘dançadeiras’, todos dançavam conosco.” (Benzedeira);

- “Por que eram os negociantes que faziam (as festas) e durante a semana era escolhido um dia pra fazer pra igreja, e depois mudou, domingo pra negociante e domingo depois pra igreja.” (Contador de Histórias).

### **Esperança**

Devido ao fato dos entrevistados explicitarem durante boa parte das entrevistas uma expectativa positiva do futuro, decidiu-se por criar a categoria ‘Esperança’. Vale ressaltar aqui a diferenciação que esperança tem de otimismo para evitar a confusão entre os termos, uma vez que os participantes da pesquisa não evidenciaram este último.

Entendida como um sistema ou filosofia dos que têm fé no progresso moral e material da humanidade, na melhoria das condições atuais, na evolução social para o bem e para o ótimo, a ‘esperança’ revela a tendência da pessoa para considerar como provável ou esperar a realização daquilo que se deseja. Ao passo que otimismo encampa a disposição natural ou tendência para ver as coisas pelo lado bom, na qual sempre haverá uma solução das situações ainda muito difíceis pois tudo ocorre no mundo do melhor modo possível.<sup>10</sup>

- “(...) sempre esperava a felicidade. Nunca desanimei.” (Zeladora);

- “É, eu vou fazer 100 anos e vou fazer uma festa...” (Benzedeira);

- “(...) depois que eu comprei este terreno (onde está a casa em que vivo há 70 anos), eu disse: ‘eu não vou nunca mais sair daqui’ (...).” (Contador de Histórias).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise do conteúdo das entrevistas e as categorias dali extraídas permitiram a percepção da amplitude dos elementos que compõem a existência dessas pessoas e permeiam os acontecimentos de suas vidas.

Além dessa amplitude, pôde-se observar a profunda interdependência e o embricamento que as categorias mantinham. Notadamente, o quanto que a autonomia se relacionava com o trabalho formal, a resiliência dependia da autonomia familiar e

comunitária e dos relacionamentos afetivos, assim como, o quanto que a esperança pode estar vinculada a espiritualidade, trazer sentimentos de realização e ser mediada pela solidariedade, por exemplo. E, apesar de existirem outros fatores presentes na vida de cada um dos entrevistados isoladamente, as categorias sempre contemplaram aquilo que era comum aos três. Além do que, nenhum fator fora das categorias se demonstrou tão significativo quanto o conteúdo das mesmas.

Vários estudos <sup>2,11,12</sup> têm apontado na direção de elementos semelhantes e se aproximam das categorias analisadas por esta pesquisa, apesar de não terem o mesmo desenho ou analisarem faixas etárias específicas (adolescência ou velhice, por exemplo) e não o curso da vida dos sujeitos de pesquisa, quando analisados quesitos que integrem os condicionantes para uma vida saudável.

Entretanto, o desenho metodológico deste estudo permite auferir uma associação dos fatores que permearam a vida dos sujeitos de pesquisa com o fato de serem longevos, pois as categorias foram extraídas das suas falas e daquilo que marcadamente fazem ou fizeram parte de suas existências.

Estas características indicam outras possibilidades de compreender os determinantes da longevidade humana que fogem da abordagem tradicional marcada pela centralização biologicista e pela descontextualização. <sup>13</sup>

Não se propõe aqui o caráter prescritivo de estilos de vida que pressupõe o determinismo individual da saúde descontextualizada sócio-culturalmente, <sup>13</sup> mas ajudar na compreensão dos fatores que se relacionam com a longevidade e apontar possibilidades de pesquisa e no redirecionamento da assistência a saúde.

Devido às categorias se aproximarem muito dos pressupostos e estratégias da Promoção da Saúde, reafirma-se a necessidade de condições de vida condizentes com um desenvolvimento humano saudável, amparadas por políticas públicas justas e igualitárias, promovendo a saúde no sentido de reforçar a criação de ambientes saudáveis, a ação comunitária e o desenvolvimento das capacidades individuais. <sup>1,4</sup>

Além disso, as categorias compunham os determinantes daquilo que os sujeitos de pesquisa apontavam como os condicionantes para o balanço positivo que faziam de suas vidas e para a sensação de suas vidas terem ‘valido a pena’. E apesar de não termos falado

em 'felicidade', o somatório das categorias parecem apontar para isso, dando pistas para se entender melhor a longevidade.

A impressão final é que conviver com os entrevistados, com sua fé na vida e com seus exemplos admiráveis, trouxe mais esperança e mais felicidade aos pesquisadores.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Buss PM. Health promotion and quality of life. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000;5(1):163-177.
2. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Socioeconomic circumstances and health among the brazilian elderly: a study using data from a National Household Survey. *Cad. Saúde Pública*. 2003 June; 19(3): 745-757.
3. Gesser HC. Expectativa de vida no Brasil: a geração de modelos explicativos por regressão linear múltipla [tese]. Florianópolis (SC): UFSC / Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção; 2005.
4. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Wosny AM, Monticelli M, Boehs AE. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v.15, p. 352-358, 2006.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
6. PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2002. Acesso em: 01 jul. 2006. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>.
7. Pochman M, Amorim R. Atlas da exclusão social no Brasil. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 2004.
8. Pinheiro DPN. A resiliência em discussão. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 9, n. 1, 2004.
9. Vasconcelos EM, organizador. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.
10. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio Escolar da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S.A., 1988.

11. Guedea MTD, Albuquerque FJB, Troccoli BT et al. Relationships of subjective well-being, coping strategies and perceived social support in the elderly. *Psicol. Reflex. Crit.*.2006, vol.19, no.2, p.301-308.
12. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Mai-Ago 2004, vol. 20 n. 2, p.135-143.
13. Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR. A noção de ‘estilos de vida’ em promoção de saúde: um exercício crítico de sensibilidade epistemológica. In: Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A, Da Ros M, organizadores. *A saúde em debate na educação física – volume 2*. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 67-92.

## ANEXO 1

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Ricardo Camargo Vieira e estou desenvolvendo a pesquisa **Além da aparência, em busca da essência. O que nos faz viver mais?** com o objetivo de analisar fatores que influenciam na longevidade das pessoas. Este estudo será desenvolvido como parte da busca da ciência pela melhoria das condições de vida, da longevidade e da saúde da população em geral, sendo necessário para a defesa de Tese de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, onde serão realizadas entrevistas e revisão bibliográfica. A entrevista que desejo realizar com você, através da gravação por áudio, se propõe a não trazer desconforto algum e a poder contribuir para uma reflexão a respeito da vida e da saúde do entrevistado, assim como, para a saúde pública no Brasil e a formação de recursos humanos para o SUS.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (48) 91114240 ou e-mail [ricardocamargovieira@yahoo.com.br](mailto:ricardocamargovieira@yahoo.com.br). Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que seu nome não será divulgado sem autorização, assim como, as informações fornecidas serão confidenciais e serão utilizadas somente para a realização do trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a pesquisa **Além da aparência, em busca da essência. O que nos faz viver mais?** e concordo que minha entrevista seja utilizada na realização da mesma.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

Nome do Entrevistado:

Data de Nascimento:

Endereço:

Contato:

### ROTEIRO DE ENTREVISTA:

1- Conte sua vida e o que representou (como se sentia em) cada um destes momentos/situações:

- a. Onde nasceu?
- b. Locais onde viveu?
- c. Como foi sua infância?
- d. Como foi a adolescência?
- e. Como era sua família nesta época?
- f. Você estudou? Onde? Por quanto tempo?
- g. Quais foram os amigos?
- h. Quais foram os amores?
- i. Como iniciou o seu núcleo familiar?
- j. Quantas vezes você casou?
- k. Como era sua relação com o cônjuge?
- l. Quantos filhos você teve?
- m. Como era sua relação com eles?
- n. Qual era o trabalho/ocupação? Gostava?
- o. Tinha/tem alguma crença (religiosa, política, ideológica, etc...) ?

- p. Tinha sonhos/desejos? Realizou-os?
- q. Qual era sua perspectiva/expectativa de vida na época?  
Alcançou-as?
- r. Que fatos lhe surpreenderam? O que você aprendeu?
- s. Como foi a idade adulta?
- t. Como foi/está sendo a velhice?
- u. Mudaram seus sonhos?
- v. Que fatos lhe surpreenderam? O que você aprendeu a mais? (na vida adulta e na velhice)
- w. Qual era sua perspectiva/expectativa de vida na época?  
Alcançou-as?
- x. Quais valores você modificou no decorrer da sua vida? O que você mais valorizava em cada fase de sua vida? O que estes lhe traziam?
- y. O que ou quem você deixou pra trás?
- z. Que lições você aprendeu?
- aa. O que sempre lhe trouxe alegria?
- bb. O que lhe traz mais alegria hoje?
- cc. O que você gosta de fazer para se divertir?
- dd. Você tem algum prazer que foi se perdendo? Quais?
- ee. E os amigos hoje, quem são?
- ff. E os amores, quem são?
- gg. Você tem algum grupo de convivência?
- hh. Com quem você convive mais?
- ii. Já pensou em deixar esta cidade?
- jj. Ir para uma cidade grande?
- kk. O que você mais valoriza hoje?

ll. Pelo que você mais lutou na vida?

mm. O que mais valeu a pena na sua vida?

nn. Que 'balanço' você faz da sua vida?

oo. Quais são seus planos para o futuro?

2- O que você acha que fez ou faz você viver tanto tempo?

3- O que é bem-estar ou felicidade para você?

## ANEXO 3

### CATEGORIZAÇÃO e ANÁLISE

#### SUJEITOS DE PESQUISA (PSEUDÔNIMOS):

- ZELADORA
- BENZEDEIRA
- CONTADOR DE HISTÓRIAS

#### CATEGORIAS:

1. OCUPAÇÃO
  - e. Trabalho formal
  - f. Atividades rotineiras
2. AUTONOMIA
  - a. Individual
  - b. Coletiva
    - i. Familiar
    - ii. Comunitária
3. RESILIÊNCIA
  - a. Perseverança apesar das dificuldades
  - b. Resistências apesar das perdas
4. SOLIDARIEDADE
  - a. Individual
  - b. Coletiva
5. ESPIRITUALIDADE
6. RELACIONAMENTOS AFETIVOS
  - a. Filhos, familiares e amigos
  - b. Amores
7. SENTIMENTO DE REALIZAÇÃO
  - a. Satisfação com a vida
  - b. Auto-estima elevada
  - g. Deixar ou fazer parte de um “legado”
  - h. Prosperidade
8. CELEBRAÇÃO
9. ESPERANÇA

## CATEGORIAS E CITAÇÕES:

### 1 - OCUPAÇÃO

#### **Trabalho formal**

##### ZELADORA

- *“Quando eu casei, ele (marido) já trabalhava de alfaiate. Ele me ensinou a fazer calças. Ele fazia o paletó e eu as calças. Continuamos a trabalhar assim, eu numa máquina e ele em outra. Eu costurava as calças e ele o paletó, trabalhamos algum tempo assim. Depois ele ficou doente. Dois anos que ele não trabalhou mais e foi onde eu caí na roça.”*

##### BENZEDEIRA

- *“Desde os 8 anos a vó já foi pra roça trabalhar...”*
- *“(...) galinha, porco, tinha cavalos. Fazíamos cachaça, açúcar, farinha, plantávamos arroz, feijão. Só comprávamos carne, mas às vezes matávamos (algum animal) ou outros matavam, dávamos uns pedaços aos outros, tudo combinava. Mas uma vida pesada, sabe?(...) tirávamos aquela lenha toda e plantava o milho, o feijão, o arroz, tudo ali. Nós trabalhávamos! Eu estou desde os oito anos na roça.”*

##### CONTADOR DE HISTÓRIAS

- *“Trabalhava sempre na roça (durante a infância) (...) (Acordávamos) Antes de amanhecer o dia assim, agora há pouco tempo que estamos levantando mais tarde, mas sempre às 5 horas da manhã, no inverno; por que no verão era mais cedo. Por que senão tava no serviço”.*
- *“Depois (dos doze anos) foi toda a vida na roça, foi, foi até eu ir pro exercito com 20 anos”.*
- *“(...) também porque tinha a vida toda na roça, de manha até à noite, só que a gente sempre estudava um pouco em casa pra não esquecer, mas depois de tempo de casado eu não tinha tempo pra estudar nem pra pegar num livro, porque a gente comprou o terreno e tinha que trabalhar pra pagar o terreno, então depois com um tempinho mais vago eu comecei outra vez, assim fazer a assinatura de um jornal assim pra melhorar um pouco por que no primeiro jornal levou tempo pra ler mas depois acostumou , depois em pouco tempo já lia”.*
- *“(...) toda a família trabalhava junto, toda a família ajudava na roça”.*

#### **Atividades rotineiras**

##### ZELADORA

##### O cuidados dos irmãos na infância

- *“A minha mãe trabalhava na roça e eu desde pequenininha já cuidava dos meus irmãozinhos. Então a minha mãe ia para a roça e eu fica em casa cuidando dos meus irmãozinhos. Trabalhei desde pequenininha, até hoje estou batalhando*

*sozinha ainda(...) Gostava (do trabalho de cuidar dos irmãos) , eu cuidava bem deles(...)"*

#### As tarefas domésticas

- *"(...) e depois tinha uma gruta que eu cuidei daquela gruta durante muitos anos no tempo que eu era solteira (...) cuidava da casa, trabalhei muito. Como passar roupa essas coisas assim era tudo comigo. A limpeza da casa, tudo era comigo, eu tinha que fazer tudo(...) e me criei assim." (ADOLESCÊNCIA)*
- *"Porque a gente tem as crianças na aula, tem que ter sempre a roupa arrumada, tem que ter sempre tudo em dia, tem que olhar os boletins, tudo isso(...) Eu que tinha que ir na escola, buscar os boletins, ver se eles estavam bem ou se estavam mal." (IDADE ADULTA)*
- *"(...) depois ele (marido) foi trabalhar como relojoeiro e eu não precisava mais ajuda-lo. Eu só tinha que cuidar da casa, das refeições, das roupas e ele foi trabalhar sozinho. De manhã, ele tomava o café dele e ia trabalhar lá, voltava ao meio dia, almoçava, depois ia para lá de novo e eu ficava trabalhando aqui."*

#### Prática religiosa

- *"(...) depois eu fui para a doutrina, depois fui para a primeira eucaristia, depois continuei, eu era muito devota e depois tinha uma gruta que eu cuidei daquela gruta durante muitos anos..."*
- *"Desde de criança, eu sempre fui muito religiosa."*
- *"Gostava muito (da religião)... Freqüentava a Igreja, cuidava da Gruta, depois me casei e continuei..."*
- *"Eu cuido da Igreja e vou toda semana na missa, todo domingo na missa. Eu acho que é isso que me dá força. É isso aí que me dá força."*
- *"Hoje eu sou zeladora do Apostolado, eu cuido do Apostolado, eu tenho as minhas (companheiras de religião) que pertencem a minha lista, tenho 21 que são da minha lista, eu tenho que cuidar delas, cobrar delas, tem que levar para a Igreja, tem que mandar para a Igreja. Eu cuido da Igreja (...). E agora o Apostolado da Oração, eu já estou há muitos anos, desde que eu casei eu sempre pertenci ao Apostolado até hoje ainda."*

## BENZEDEIRA

#### Tarefas domésticas

- *"Ah, depois que eu parei de trabalhar na roça, é essa vida aqui... rezar para os doentes e trabalhar, fazer comida... cuidar da casa, lavar roupa... é a vida da vó, ainda trabalho..."*

#### Prática religiosa

- *"O povo era pobre, mas tudo trabalhava... Rezavam muito, sabe? Faziam novena... Quase toda noite tinha novena pra gente ir rezar..."*
- *"Nós aprendia (a rezar)... Nós tinha medo! A mãe dizia que se nós não aprendêssemos, nós não ia pro céu... Tinha que ir pro céu porque Jesus tinha sofrido tanto... Tinha que rezar pra Ele, né?"*
- *"Desde a idade de 15 anos já aprendi com a minha mãe. Desde 15 anos já benzia."*
- *"Sim, (benzedura) é trabalho sim. Mas eu faço com alegria. Deixo tudo e faço. Tem muita gente aqui para benzer"*

## CONTADOR DE HISTÓRIAS

### Prática religiosa

- *“desde os primeiros tempos, a gente ia à igreja com a mãe, as mães tinham uma ‘tropinha’ de pequeninhos juntos. Só depois de setes anos, que aí a gente ia pra doutrina, (...) lá então, a gente ficava junto com as crianças”.*
- *“Eu gosto muito de ir pra igreja, antes no começo eu era capelão da igreja aqui, secretario aqui (...), fazia parte do coral aqui (...) e era chefe do coral aqui nos primeiros tempos”.*
- *“Continuo sim (indo à igreja), nós vamos quase todas as semanas no domingo, às vezes tem coisa especial durante a semana que daí a gente vai”.*

### Estudo

- *“(...) a escola era particular, pago pelos pais, era escola paroquial, mas era pago pelos pais. O tempo de ir pra escola era três anos, por que depois disso as crianças podiam sair da escola por que a escola era só pra três anos. (...) É aí fiquei três anos e o professor veio pedir pros meus pais pra eu ficar mais tempo, por que era favorável pra mim; (...) Durante três anos todo o dia, (...) eu ia todo o dia. (...) Ah gostava”.*
- *“(...) em 1967 nos fizemos a Festa do centenário; e desde lá eu comecei a escrever meus livros”.*
- *“Ah! Uma porção (de livros e cadernos)... Eu escrevia as folhas e depois ia juntando pra fazer o livro, né? (...) É, eu crio historias, muito bonitas mesmo. (...) Vai dar 41 anos, este ano (desde quando começou)”.*
- *“Eu sempre procuro trabalhar na roça, no quintal, escrevendo livro, lendo livro, estudando sempre tendo um passatempo, por que eu não fico parado nenhum momentinho”.*

## 2 - AUTONOMIA

### Individual

#### ZELADORA

- *“Me tratei com o farmacêutico que tinha em Biguaçu, eu me tratei com ele. Eu ia lá, me dava remédio, eu tomava, depois estava me sentindo bem e pronto!”*
- *“Eu cuidava dele de noite, (...) eu enfaixava as pernas dele (...). Daí tinha que lavar com chá, com ervas. Fazia aquelas paneladas de chá e lavava (...). E eu fazia, fazia tudo.”*
- *“Eu nunca deixei os filhos passarem necessidade. Eu fazia pão, eu fazia rosca, eu fazia tudo. Cozinhava, fazia sabão. Fazia tudo.”*
- *“Proibiram (de trabalhar) por causa da minha coluna, eu já estou toda torta. A minha coluna já puxou porque eu peguei muito peso, porque era tudo nas minhas costas, então eu carreguei muito peso. Agora eu estou torta, curvada, corcunda como se diz. Agora eles não querem mais que eu trabalhe (...) Agora estão me proibindo, mas às vezes eu fujo, ainda ontem eu plantei um canteirinho de alface, um canteirinho de rúcula, às vezes eu fujo da raia e ainda vou lá fazer.”*
- *“(…) uma hortazinha para o gasto da casa(...) isso a gente cultivava. A verdura, essas coisas, nunca faltou.”*
- *“Eu cuidava do quintal, tinha horta, plantava de tudo: tinha couve, tinha repolho, plantava cebola, plantava tudo ali. Eu cuidava da horta e cuidava dos serviços da casa era o que eu fazia. E também naquele tempo tinha vaca de leite que ali atrás tinha pastagem, não pagava aluguel, então tinha 2 vacas de leite, cuidava daqui também. Depois o homem (marido) vendeu e eu vendi as vacas também, eu tinha criação, deixei tudo.”*

#### BENZEDEIRA

- *“É, graças a Deus a vó (referindo-se a ela mesma) tem saúde. Tem gente que qualquer coisinha, corre para o médico. Que nada, eu faço o meu remédio!”*
- *“Subi para cima da cama e já saíram (no parto)! Quando eu ganhei o Deca, não precisou ir lá para baixo (maternidade). Eu mesma dizia, que não precisa. Minha mãe teve todos os filhos em casa. Ia lá o pai e colocava uma gamela em cima da cama e ela lavava o nenê. Cortava o umbigo e lavava o nenê. Minha mãe. Onze filhos, ela disse. Eu também ganhei meus dois em casa.”*
- *“Plantava cana, plantava milho, plantava arroz, plantava aipim, feijão... Colhia tudo pro gasto! Criava galinha, criava porco, criava gado... E assim foi a nossa vida, toda vida... (na juventude, desde os 8 anos de idade)”*
- *“Quando chegava a semana santa (...) Naqueles dias nós não comíamos carne e tínhamos que fazer jejum, não tomávamos café. Aí quando eu já estava grande eu fui para confissão e disse para o padre que eu não podia fazer o jejum por que eu trabalhava na roça e enfrentava fome, ficava fraca. Aí o padre disse então que eu não precisava fazer jejum e que quando chegasse a casa ao meio dia, rezasse um terço para Jesus”.*

## CONTADOR DE HISTÓRIAS

- *“(...) é que eu tinha muita proteção (reserva financeira fruto de seu trabalho), por que aquele ano já podia tratar o terreno pra pagar o ano que vem”.*
- *“(no início do casamento) trabalhei no terreno do meu pai. (...) a gente podia fazer roça e eu ganhei meu dinheiro no terreno do meu pai”.*
- *“naquele tempo nada era comprado na venda, era quase tudo colhido da roça (...)”.*
- *“Até 1970, só se comia pão de milho (plantado por ele mesmo), depois que começou a comprar farinha de trigo de outro lugar, (...) mas o pessoal não comprava açúcar branco da venda, era mais o que a gente fazia, o mascavo”.*
- *“Tudo que nós comíamos em casa e também carne, a gente criava. Muitos porcos, muito gado... De vez enquanto a gente podia matar um boizinho, uma vaquinha e sempre muitos porcos. Já hoje em dia é tudo proibido, já não adianta mais comprar porco, criar porco, por que os médicos falam que não é bom comer muita carne de porco, por causa do colesterol, né? E o gado também, grande parte do pasto já é feito quintal, porque a gente não cria mais tanto gado (...). Hoje em dia nós quase não compramos ainda, mas de agora em diante nós vamos comprar, porque nós acabamos quase com o gado”.*
- *“Nuns tempos atrás a gente comia muita carne de porco, muita gordura, mas como hoje em dia os médicos disseram que não era bom comer tanta gordura então a gente diminuiu. (...) eu já não comia muita carne. (...) Em outras coisas a gente não mudou muito porque, só que a gente come menos carne e gordura que a gente comia antes, mas em outras comidas continuam iguais (...)”.*

## Coletiva

### ZELADORA

#### Familiar

- *“Não, sempre tinha tudo. Nunca faltou nada... Eles (pais adotivos) tinham negócio, eles tinham armazém, negociavam dos colonos, compravam as mercadorias dos colonos, então nunca tive dificuldade em nada assim. Sempre tinha fatura.”*
- *“(...) depois viemos para cá (residência atual), porque nós tínhamos propriedade, terreno tudo lá (residência antiga). Nós vendemos lá e compramos aqui e onde ele trabalhava.”*

#### Comunitária

- *“Eu tive só dois (filhos) na maternidade o resto (quinze) foi tudo em casa. Tinha uma parteira formada (...) a Dona Anastácia, ela já faleceu.”*
- *“(...) eu fiquei muito doente, a parteira deixou um pedaço da placenta e me deu aquela hemorragia (...) começou a me dar uma febre alta e (...) essa mãe de criação que eu tinha que viu que não estava certo e foi chamar a parteira(...) ela disse ‘olha ela está infeccionada’. Ela me fez o tratamento e eu melhorei, mas quase, quase, quase eu fui.”*
- *“Naquele tempo ninguém ajudava como hoje, a prefeitura não ajudava (...). Hoje as pessoas ajudam, fazem bingo, fazem isso fazem aquilo. (...) Não, naquele tempo a comunidade não era assim como é hoje.”*

## BENZEDEIRA

### Familiar

- *“Não tínhamos médicos. Os remédios eram, quando ficávamos meio doentes, (a mãe) colocava uns ‘solapes’ nos pés, de pirão quente, nos agasalhava e nós suávamos e ficávamos bons. (...) Sim, aprendi com a mãe”.*

### Comunitária

- *“Os vizinhos, tudo era muito bom, ajudavam os outros... Hoje, ninguém quer ajudar o outro! Se alguém não tinha no que trabalhar dava uma ajuda boa para ele trabalhar... (...) Um ajudava o outro”.*

## CONTADOR DE HISTÓRIAS

### Comunitária

- *“Não, não tinha escola pública aqui; só em 1938”.*
- *“A própria da comunidade, tudo vinha do pessoal mesmo, até as estradas, até por que as estradas eram da largura do carro de boi (...)”.*
- *“É, uma parteira (quem fez o parto de seus filhos) que tinha estudado lá em Blumenau, (...) por que aqui morria muita mulher no parto, aí o padre (...) disse que pro pessoal que era de ver pra arrumar alguém pra estudar sobre aquele serviço. Às vezes, eu podia ter ajudado no parto que as mulheres faleciam né? Mas por causa do padre eu não podia né? Então devia ser uma pessoa que tinha pratica pra isso, né? Pra não acontecer de tantas mulheres falecerem no parto assim. Então a Stass Gesser foi escolhida e foi mandada lá pra Blumenau... Então ela fazia também este serviço de medico é porque ela era bem estudada”.*
- *“Porque quem era doente que não ficava curado com chá, mandavam outra pessoa pra lá, a pessoa (doente) não era mandada pro medico, era mandada uma pessoa pra falar da pessoa (doente) com o medico... Trazer remédio...”*

### Familiar

- *“Ajudavam (os filhos)... a esposa também ajudava muito, toda a família trabalhava junto, toda a família ajudava na roça”.*
- *“(...) toda a família trabalhava junto, toda a família ajudava na roça”.*

### 3 - RESILIÊNCIA

#### ZELADORA

##### Perseverança apesar das dificuldades

- *“Para mim foi bom (ter estudado somente até o ‘primário’). Eu era inteligente, eu aprendia bem, apesar de não ter estudado a diante. Mas não deu, não deu. Quando não dá, a gente tem que parar.”*
- *“A vida foi dura vou te contar. Não era brincadeira não, hoje eu penso que era mentira. Que não era possível atravessar tudo o que eu atravesssei. Mas atravesssei, graças a Deus, estou aqui com 82 anos .”*
- *“Depois ele (marido) ficou doente. Dois anos que ele não trabalhou mais e foi onde eu caí na roça (...) (tive que) Ir para a roça, plantar para sustentar os filhos.”*
- *“Daí, eu cuidei dele (quando o marido ficou doente por dois anos). Cuidei dele, cuidei do serviço, cuidei dos filhos. Dei conta de tudo.”*
- *“Eu tinha uma energia que parece que não era natural, porque eu dava conta de tudo, não deixava nada para trás.”*
- *“Não, naquele tempo não era como hoje não. Naquele tempo ninguém ajudava como hoje, a prefeitura não ajudava, naquele tempo não... ninguém ajudava. Hoje as pessoas ajudam, fazem bingo, fazem isso fazem aquilo. Mas naquele tempo não, naquele tempo era cada um para si... Não, naquele tempo a comunidade não era assim como é hoje.”*
- *“Corri em diversos médicos, mas nenhum deu jeito (...) um dia, fiquei com uma gripe muito forte e (...) aí pronto, fiquei surda. Fiz um aparelho. Agora, para eu ouvir, só com aparelho. Sem o aparelho eu não escuto.”*
- *“Eu esperei ela (a filha mais nova) ter 15 anos, porque eu tinha muitas varizes e o médico queria operar, eu disse ‘enquanto eu tiver a menina que não pode se ajudar eu não opero’, porque eu tinha medo de operar e morrer, como de fato eu quase morri (após realizar a cirurgia).”*

##### Resistência apesar das perdas

- *“Eu sempre fui uma pessoa muito conformada, eu nunca fui uma pessoa de desanimar, ter medo das coisas, eu sempre era uma pessoa muita animada (...). Eu cuidava dele (marido doente) naturalmente, nos últimos tempos que ele estava de cama, eu estava sozinha com ele, não tinha ninguém comigo. Eu ficava sozinha com ele, e à noite quando ele precisava de qualquer coisa eu atendia, eu ajudava.”*
- *“Quando ele faleceu, ele ficou 15 dias lá no hospital que era uma penúria a gente ver, lá no oxigênio e coisa. Eu pensava assim, se era para eu ficar com ele e vendo ele sofrer desse jeito, foi bom que Deus o levou. Eu me conformava, porque ele estava sofrendo muito nos últimos tempos no hospital. Que sofrimento era lá, era muito triste a gente ver(...) foi melhor para ele morrer(...) Porque ele não podia mais viver, do jeito que ele estava não podia mais viver. Então Deus o levou. A gente se conformou, porque nossa vida é assim, ela vai até um tempo, depois...”*

## BENZEDEIRA

### Perseverança apesar das dificuldades

- “O povo era pobre (...) Era alegre e também era triste... Mas também era alegre o povo...”
- *“Depois que ele (o pai) morreu, nós tivemos que ir pra roça... Nós era pequeno (8 anos)... Aí, trabalhava na roça, fazia farinha (...) Era uma vida pesada... Oh, credo!”*
- *“A santidade foi-se. Hoje têm muito poucos que rezam, que sabem fazer essas coisas. Muito pouco. Agora, hoje, a gente vê o povo, nem na igreja não vão, na missa. Acabou, desprezaram a missa. (...) Hoje a gente vê gente que tem uma vida boa e vive triste. Porque não reza.”*
- *“Hoje o povo não faz mais nada disso (autocuidado). Mas também não sabem, estudam mas não é para essas coisas”.*
- *“(...) depois meu marido ficou doente, morreu e fiquei sozinha com o Deca e a Maria, eu tinha um casal de filhos. Aí a Maria casou, eu fiquei sozinha com o Deca. (...) Aí, fizemos aquela casinha de madeira ali (aponta) e ficamos morando ali. (...) Aí então, viemos morar aqui (casa de alvenaria) e o Deca tem dois filhos gêmeos (...) estão com vinte e quatro anos. A avó que criou eles”.*
- *“Eu fui à escola, mas não aprendi. Só sei escrever, mas não sei ler. Só sei assinar meu nome. Depois, era duas horas de viagem (se referindo à escola) fomos pouco tempo e ninguém foi mais. (...) Naquele tempo não havia escolas quase”.*
- *“(...) e eu não quis mais trabalhar na roça. Isso não dá mais nada e eu não posso mais assim sozinha e eu fui lá para cidade. Estive na cidade por oito anos. (...) fiquei oito anos lá (Florianópolis). Aí depois, também enjoiei. (...) era uma vida tão pesada. (...) E aí eu vim embora. (...) vim para minha terra de novo”.*

### Resistência apesar das perdas

- *“(...) ele (marido) se levantou e caiu morto, morreu. Ai eu sozinha com ele, ai eu chamei o Deca, sacudimos e nada. Então, colocamos ele em cima da cama e disse para o Deca chamar o compadre (...). Eu disse ‘sabe de uma coisa, eu vou aprontar ele’. Fui lá na cozinha, trouxe uma bacia com água, ele tinha um monte de roupa vestido, estava frio, e com uma faca, rasguei tudo e lavei ele bem lavado, enxuguei bem, vesti a camisa. Quando estava arrumando ele, eles chegaram. O compadre Antônio chegou e aprontaram o resto. Eu tinha um medo de defunto que nossa senhora!”*
- *“Eu perdi meus irmãos todos, perdi meu marido, perdi a mãe, que alegria eu posso ter? (...) A benzedura é a alegria da vó. (...) A benzedura é uma alegria... (...) É, (minha vida foi) sempre alegre...”*

## CONTADOR DE HISTÓRIAS

### Persistência apesar das adversidades

- *“A primeira safra foi pouca coisa de cana, (...) no segundo ano, já deu onze ‘carradas’ de açúcar, seiscentas e tantas arrobas de açúcar, isso já era muito*

*naqueles tempos, colhia muito milho, muito feijão, batatinha, então tudo ajudou”.*

- *“(...) depois de tempo de casado eu não tinha tempo pra estudar nem pra pegar num livro (...) Sempre, gosto muito de ler, escrever (...) no primeiro tempo que a gente era casado, que compramos o terreno, a gente tinha pouco tempo, mas sempre gostava e o tempo não permitia”.*
- *“(...) nós éramos pra ir lá comprar (o terreno para a família viver), (...), mas uns meses depois a gente já não, não vamos (fomos) mais pra lá, por causa da malária, por que lá o pessoal reclamava, tinha aquele terreno bonito que não adiantava nada, a maior parte tava de cama por causa da malária. (...) quando eu cheguei aqui (no outro terreno escolhido), não tinha nada, nada, nada nem pasto, nem roça nada! (...) aqui era perigoso, tinha muitas feras, bichos, cobra tinha muita. Eu já fui mordido três vezes. Se eu não tinha seguido o conselho de um amigo (de não andar mais descalço), eu já não tava mais vivo”.*

#### Resistência apesar das perdas

- *“(...) eu fui pra lá, ali pelas onze horas e não encontrei-o (filho), a casa tava toda a aberta, eu tava vendo o serviço dele que ele tava fazendo (...), mas eu não encontrei com ele, fui pra baixo (...), olhamos dentro de casa, pra lá, pra cá, e nós fomos embora. Quando estávamos aqui em casa já falaram no telefone que ele tinha morrido... E nós estivemos ali, mas não lembramos de olhar embaixo da casa, eu vi que tava aberto ali, mas ninguém se lembrou de dar uma olhada ali. Ninguém olhou em baixo da casa e quando chegamos aqui já avisaram por telefone que ele tinha morrido (eletrocutado). (...) Ah, sim! Era muito ligado a ele... (...) Faz três anos que ele faleceu”.*
- *“Ah, muito... A primeira foi assim: ela tinha malária e então eu fui dar o remédio da malária e tinha escrito assim: criança pequena não sustenta o remédio, e dei o remédio e a criança logo morreu. Ela já começou a ficar ruim e o médico disse: pode dar remédio, mas a criança não sobrevive. Mas eu tinha fé que ela podia sarar. Mas, já logo que tomou o remédio, já faleceu. Isso me mexeu muito... E a outra faleceu pra pneumonia. Começou no meio dia e já no outro dia já tava morto... Toda a vida gritando...” (relatando o quanto a morte de duas filhas mexeram com ele)*
- *“No primeiro dia (após a morte da primeira esposa) a gente já não sabia mais o que fazer... (...) mas depois de um tempo (dois anos), (...) aí eu casei com a Catarina (segunda esposa)”;*
- *“Não teve grandes mudanças (após a morte da esposa), toda a vida era o mesmo, trabalhar na roça, ir pra igreja”.*
- *“(...) primeiro eu achei que não ia casar mais, mas depois... e foi um outro amigo também, era viúvo, o ‘Iube’. Ele falou comigo: ‘nós dois não podemos ficar viúvos por que nos somos muito novos’ (...).”*

#### 4 - SOLIDARIEDADE

##### ZELADORA

###### Individual

- *“Daí, eu cuidei dele (quando o marido ficou doente por dois anos). (...) Eu cuidava dele naturalmente, nos últimos tempos que ele estava de cama, eu estava sozinha com ele, não tinha ninguém comigo. Eu ficava sozinha com ele, e à noite quando ele precisava de qualquer coisa eu atendia, eu ajudava.”*
- *“Eu pensava assim, se era para eu ficar com ele (marido doente) e vendo ele sofrer desse jeito, foi bom que Deus o levou. Eu me conformava, porque ele estava sofrendo muito nos últimos tempos no hospital. Que sofrimento era lá, era muito triste a gente ver (...) foi melhor para ele morrer”*
- *“As vizinhas às vezes ganhavam os nenéns e ainda me ocupavam para ir lá, ajudar, e eu fazia. Eu ia lá e ainda dava uma mão para elas (...) Eu era mãe de muitas delas.”*
- *“Eu imaginava casar, ter filhos e ajudar a minha família”*

###### Coletiva

- *“Hoje as pessoas ajudam, fazem bingo, fazem isso fazem aquilo. Mas naquele tempo não, naquele tempo era cada um para si... Não, naquele tempo (na juventude) a comunidade não era assim como é hoje.”*
- *“Quando o pai esteve doente, cada noite ficava um (filho) lá, eles fizeram reunião entre eles ‘hoje é esse, amanhã é esse, depois de amanhã é aquele...’. Ninguém achou ruim, todo mundo ajudou.”*
- *“(...) eles (os filhos) me amparam, cuidam de mim, quando preciso ir no médico eles me levam, me trazem. Quando eu preciso uma consulta, alguma coisa eles arrumam para mim. Então isso para mim é uma alegria, um conforto. Eles não me deixam cair no chão, estão sempre me acalentando. Tudo o que eu preciso é só falar.”*

##### BENZEDEIRA

###### Individual

- *“Deixo tudo (que estou fazendo) e faço (benzedura). Tem muita gente aqui para benzer”*
- *“(...) Ah, a gente ajuda os pobres. Eles vêm aqui e eu dou roupa e dinheiro... (...) Mesmo aposentada, o que eu tenho eu reparto com os outros...”*
- *“E sou boa também, ajudo os outros. Ganho um ‘salariozinho’ mas ainda ajudo, tem tanta gente que vem aqui pedir. E a vó dá. Não deixo sair sem dinheiro, eles vem eu dou pão, quando chega o Natal, eu dou dinheiro para eles comprarem uma galinha, para comer, para eles fazerem a festa deles também. (...) tem que ajudar”*
- *“Ah, eu rezo para (ela mesma) durar bastante anos, mas com saúde. Para ajudar... pois se a vó morre, quem vai rezar como eu rezo?”*

### Coletiva

- *“Fazíamos cachaça, açúcar, farinha, plantávamos arroz, feijão. Só comprávamos carne, mas às vezes matávamos (algum animal) ou outros matavam, dávamos uns pedaços aos outros (...)”*
- *“Os vizinhos, tudo era muito bom, ajudavam os outros (...) Se alguém não tinha no que trabalhar dava uma ajuda boa para ele trabalhar... (...) Um ajudava o outro”.*

### CONTADOR DE HISTÓRIAS

#### Individual

- *“Isso sempre foi assim, a gente sempre gostava de ajudar as outras pessoas, (...) o padre, sempre que precisava de mim, eu sempre tava disposto a qualquer serviço também”.*
- *“(...) esta igreja eu ajudei muito, por que a maior parte da madeira foi tirada daqui do mato pra fazer esta igreja; e até pra igreja de Antonio Carlos, a madeira mais pesada foi tirada daqui sem cobrar um tostão”.*

#### Coletiva

- *“Ajudavam (os filhos)... a esposa também ajudava muito, toda a família trabalhava junto, toda a família ajudava na roça”.*
- *“A própria da comunidade, tudo vinha do pessoal mesmo, até as estradas, até por que as estradas eram da largura do carro de boi (...)”.*

## 5 - ESPIRITUALIDADE

### ZELADORA

- *“Ele (marido) foi no hospital, os médicos desenganaram e mandaram ele para casa e ele achava que não iria mais ficar bom. Eu era muito devota à Nossa Senhora: eu fiz promessa de fazer procissão com as crianças para a gruta, para Deus resolver o que fosse para resolver, se fosse para ele ficar bom que ficasse, se não fosse que Deus se lembrasse porque eu não estava mais agüentando. E ele começou a melhorar e logo ficou bom.”*
- *“Como eu tinha muita confiança em Deus eu esperava felicidade, sempre esperei ser feliz, e graças a Deus, como eu fui feliz.”*
- *“A minha força sempre vem lá do alto, eu não poderia ter vencido o que eu venci.”*
- *“Desde de criança, eu sempre fui muito religiosa.”*
- *“No meu parecer, sem Deus, ninguém forma. Eu sempre digo para os meus filhos: ‘Botem Deus na frente para vocês irem em frente.’ (...) Porque se a gente tem fé, a gente tem força; se a gente não tem fé, a gente perde a força. Pessoas que não tem fé eles perdem a força, eles caem na vida, caem na droga. A pessoa que não tem fé não tem força, eu acho. Porque tem pessoas que são internadas e se não tem fé caem de volta.”*

### BENZEDEIRA

- *“E a benzedura então, meu Deus do Céu. (...) Eles (os benzidos) ficam todos tão contentes...”*
- *“(...) eu dizia assim para ele: ‘Ô Quinca, se eu morrer primeiro, queres que eu venha cá dizer como é lá em cima?’” E ele disse: ‘Uma cagona que nem tu? Tens medo! Como é que eu posso aparecer para ti?’ Aí eu disse assim: ‘Não, mas vem quando o Deca (filho) esteve junto’. Aí tá, ficou assim. ‘E se tu morreres primeiro?’ Aí eu disse: ‘Se eu morrer primeiro?’ Ele disse: ‘Se tu morreres primeiro, tu vens dizer para mim?’ Mas ele morreu primeiro. Pois eu não fiquei com medo. (...) Eu perdi o medo. Aí, um dia eu cheguei, ele já tinha morrido faziam uns três ou quatro meses, o Deca saiu, e eu fui lá ao quarto. E o Quinca estava lá. Eu disse: ‘O que é Quinca?’ Ele disse: ‘Eu vim aqui dizer o que tinhas pedido...’”*
- *“Tu vê, (...) os ricos não vão para o céu. (...) Ah, a gente ajuda os pobres. Eles vêm aqui e eu dou roupa e dinheiro... (...) Mesmo aposentada, o que eu tenho eu reparto com os outros...”*
- *“A vida da gente é pesada né? Mas é cheia de alegria. A gente deve ter alegria e fé em Deus. Eu sempre digo, Deus é bom. Por que sem Deus nós não somos nada e com Deus nós somos valentes.”*
- *“E sou boa também, ajudo os outros. Ganho um ‘salariozinho’ mas ainda ajudo, tem tanta gente que vem aqui pedir. E a vó dá. Não deixo sair sem dinheiro, eles vem eu dou pão, quando chega o Natal, eu dou dinheiro para eles comprarem uma galinha, para comer, para eles fazerem a festa deles também. (...) tem que ajudar. Quem não dá esmola não entra no céu.”*
- *“Ah, estou (satisfeita com a vida), eu sei que vou para o céu!”*

## CONTADOR DE HISTÓRIAS

- *“Isso sempre foi assim, a gente sempre gostava de ajudar as outras pessoas, (...) o padre, sempre que precisava de mim, eu sempre tava disposto a qualquer serviço também”.*
- *“É por que a gente quer seguir a vida de Jesus, (...) aí ia à igreja, ia à doutrina e ia fazer a primeira comunhão... e quando a gente tinha idade ia se casar na igreja pra ter a vida mais ou menos tranqüila”.*
- *“(...) não tenho nada melhor que os outros também, só vai por que Deus me deixou aqui pra ver que eu tinha mais uma tarefa a fazer, não acabei minhas tarefas ainda, meus trabalhos. Por causa disso cheguei a 90 anos”.*

## 6 - RELACIONAMENTOS AFETIVOS

### ZELADORA

Filhos, familiares e amigos (filhos, netos, etc)

- *“Os que moram perto no domingo vem todos para cá. Enchem a cozinha. Eu faço uma mesa americana, eles passam e vão se servindo. Mas é uma alegria. Foi muita dificuldade para cria-los, mas hoje é uma alegria. Eu dou graças a Deus.”*
- *“(...) porque quem tem uma família que nem eu tive tem que estar a par com eles em casa para educar, para cuidar.”*
- *“As vizinhas às vezes ganhavam os nenéns e ainda me ocupavam para ir lá, ajudar, e eu fazia. Eu ia lá e ainda dava uma mão para elas(...) Eu era mãe de muitas delas.”*
- *“Eu sempre estava contente, cada filho que eu ganhava, eu sempre aceitava com muito amor, todos eles. Hoje ainda o amor deles é todo igual.”*
- *“(...) mas eles (os filhos) têm medo que de repente vai atacar a (minha) coluna.”*
- *“Eu sou muito apegada a eles (os filhos) e eles são a mim também (...) As minhas netas também são muito apegadas a mim (...)”*
- *“Hoje para mim essa felicidade é minha família, são os meus filhos. Hoje a felicidade que eu tenho são os meus filhos que eles me amparam, cuidam de mim, quando preciso ir no médico eles me levam, me trazem. Quando eu preciso uma consulta, alguma coisa eles arrumam para mim. Então isso para mim é uma alegria, um conforto. Eles não me deixam cair no chão, estão sempre me acalentando. Tudo o que eu preciso é só falar. Essa semana duas filhas foram comigo no médico, a nora também foi...”*

### Amores

- *“O Alvino (esposo) tinha 21 e eu tinha 20 (anos, ao casamento)... Nós nos conhecemos desde os tempos de aula... Depois nós nos criamos, ele foi para um lado e eu para o outro, ele tinha as namoradas dele eu tinha os meus namorados e ficou assim (...). Depois, (...) me pediu em namoro e a gente casou.”*
- *“Nós vivíamos em paz... se havia qualquer coisinha um perdoava o outro e pronto, estava tudo bom de novo. Era assim... A gente levou a vida assim até 61 anos... 61 anos de casado.”*
- *“Eu tive uma vez um namorado, ele era lá de Biguaçu e eu gostava muito dele, naquela época eu era bem nova, eu tinha 17 anos quando namorei aquele rapaz. Namorei um ano mais ou menos. Ele era lá de Biguaçu. Ele vinha de Biguaçu até aqui de bicicleta só para conversar comigo, quase morria para vir conversar comigo (...) Depois eu paquerei outro aqui, ele era irmão desse vice-prefeito aqui, paquerei aquele uns tempos também. Ele já estava falando em casar, e não sei mais o quê, daí eu já desisti daquele também. E comecei de namoro com esse que é meu marido e casei com esse, né?”*

## BENZEDEIRA

### Amores

- *“(...) depois ele (o esposo) contou, depois de casado, (...) ele contou pra mim, (...) que ele disse assim (antes de seu primeiro casamento): ‘Meu Deus do céu, por que eu não fui casar com a Regina? Agora vou casar com aquela moça, devia casar com a Regina (...)!’ (...) e parece que Deus lá no céu disse amém e ela morreu. Cinco anos de casado e ela morreu e ele foi me procurar. Vê que coisa!”*
- *“Depois de casada (começou a criar amor pelo esposo). (...) Ele era uma pessoa muito boa...”*

### Filhos, familiares e amigos

- *“A minha mãe era muito boa, eu gostava dela”.*
- *“(...) minhas netas estão todas bem, eu ganhei uma bisneta, e tem quatro netas e tenho dois netos (...), todos casados. Os dois netos estão solteiros ainda. Mas é a alegria da vó. (...) São todos os dois noivos, tem 24 anos, vão casar e a vó está bem contente.”*
- *“(...) morava um aqui, outro ali (membros da família). (...) mas um ia passear na casa do outro”.*
- *“(...) depois apareceram os dois pequenos gêmeos (netos) (...). Aí a vó criou eles, (filho e nora) deixavam a semana inteira aqui com a vó, depois eu ia passar os finais de semana lá com eles... Eles gostavam tanto da vó!”*

## CONTADOR DE HISTÓRIAS

### Amores

- *“Eu fui falar com ela (segunda esposa) e então ela logo aceitou (casamento), e depois o pai dela também e então fizemos o casamento!”*
- *“Mas o que mais valeu a pena pra mim foi ser casado, (...)ter esposa (...), tanto a primeira quanto esta aqui (a segunda)...”*

### Filhos, familiares e amigos

- *“(...) logo (após casar) tive muitos filhos, ao todo são 20 filhos, três com ela (a esposa ao lado) e 17 com a falecida”.*
- *“quase todo domingo tem um filho aqui em casa, de vez em quando eles vêm mais juntos e vem pra cá”.*
- *“Ah! Tinha, sim! Tinha uns companheiros da escola que ficaram amigos até o final da vida (...) agora minha turma tá ficando meio fraca já. Tem dois companheiros do meu banco, éramos quatro: o Zacarias faleceu, o Luiz tá meio mal também e é um pouco mais velha que eu, e o Samuel era do meu banco, (...) quatro alunos. (...) (ficamos amigos) a vida toda. (...) Sim, tinha muitos amigos, amigos que eram do meu banco. (...) Faleceram...”*
- *“Estes amigos eram muito... E todo mundo gostou de mim, e eu também gostava de todo mundo. (...) mas todo mundo gostava muito de mim até hoje, eu gosto de todos e todo mundo gosta de mim.”*

## 7 - SENTIMENTO DE REALIZAÇÃO

### ZELADORA

#### Satisfação com a vida

- *“Como eu tinha muita confiança em Deus eu esperava felicidade, sempre esperei ser feliz, e graças a Deus, como eu fui feliz.”*
- *“Hoje eu olho e penso que era impossível eu alcançar tudo o que eu alcancei.”*
- *“(tive) Dezesete (filhos). Uma menina faleceu. Faleceu com 2 anos e 7 meses... (criei) Dez homens e seis mulheres. Uma tarefa bem cumprida.”*
- *“Eu imaginava casar, ter filhos e ajudar a minha família. Como aconteceu. Aconteceu isso ai.”*
- *“Às vezes, eu perco o sono e fico pensando ‘será que você conseguiu dar a volta em tudo isso?’. Mas eu dei.”*
- *“Mas foi uma vida bonita. Hoje em dia quando a gente se reúne aqui, às vezes a gente fica conversando uma hora, duas horas ali na mesa batendo papo. E eles (filhos) dizem ‘que tempo bonito aquele que a gente morava no interior...’. Hoje eles gostam daquilo.”*
- *“Eu acho que o que mais valeu a pena foi a educação da minha família, porque hoje eu estou vendo a família unida. Acho que foi o que mais me valeu. O trabalho que mais me valeu foi esse. Me sinto feliz que pude educar a minha família, pude conservar eles na união. Acho que isso valeu a pena (...) Me sinto recompensada por isso.”*
- *“Para mim representou grande coisa (a criação e a educação dos filhos), pois se eu pude cuidar deles educando e unindo eles sempre, para hoje eles serem unidos, eu acho que é muita coisa.”*
- *“(...) é o bem estar, viver de bem comigo mesmo. Eu estava de bem comigo mesmo e aquilo dava vida para a gente. Eu sempre fui uma pessoa disposta, alegre, comunicativa, assim com todo mundo. Acho que é a alegria que traz vida para a gente (...) Isso foi a fé, foi a saúde, isso eu não posso te dizer. Eu sempre tive essa energia, nunca me custou nada. Meus trabalhos, nada me custava. Eu fazia tudo com amor (...), o trabalho também. Era a fé, o trabalho, o amor, a família, tudo isso.”*

### BENZEDEIRA

#### Satisfação com a vida

- *“Quando a gente tem saúde, a gente fica tão contente. Os meus netos são tão bem de saúde, quando eles vêm passear aqui, fico tão contente.”*
- *“(...) meus irmãos todos morreram uma morte bonita... tem gente que passa trabalho para morrer, não morre, sofre e sofre, é uma coisa... (...) todos tiveram mortes bonitas... (...) A minha mãe também teve uma morte bonita, (...) o meu pai... todos tiveram mortes bonitas.”*
- *“Ah, a vó (ela mesma) queria (dar estudos para os filhos)... Eu tenho uma paixão, porque não sei ler. Ah, se eu soubesse ler era outra coisa... (...) Ah, eu queria que eles aprendessem a ler e que trabalhassem, que fossem bons para os outros, que não tomassem cachaça, que não bebessem. Gostava que ‘se dessem*

*com os outros'. É muito bonito agente se dar com os outros... (...) deu tudo certo."*

- *"Ah, a vida foi uma vida muito boa, sempre. Porque agente sabia que existia Deus e que ele não é ruim para ninguém... (...) É, foi sofrida sim... (...) Mas tinha alegria. (...) Era sofrida mas era cheia assim, eu gostava de trabalhar. (...) Essa era uma vida boa, era uma vida de sacrifícios, mas agente tinha alegria, sabe como é? É, a vida tinha alegria."*
- *"Ah, estou (satisfeita com a vida), eu sei que vou para o céu!"*

## CONTADOR DE HISTÓRIAS

### Satisfação com a vida

- *"Mas o que mais valeu a pena pra mim foi ser casado, ter família, ter sitio, ter terreno, ter esposa (...) tanto a primeira quanto esta aqui... E esta foi a melhor parte da minha vida: criar uma família... ter um terreno bastante grande..."*
- *"É por que a felicidade a gente não sofre mais a gente tá satisfeito, né? A gente ver: 'Ah! Aqui tem tudo que eu quero!'. Satisfeito... Eu acho que a felicidade é isso..."*

## ZELADORA

### Auto-estima elevada

- *"Eu acredito em mim mesmo, porque se eu não acreditar em mim mesma eu também não posso ter força."*
- *"E tem a minha fita que vou te mostrar que eu tenho que usar quando vou a Igreja. Eu tenho que usar essa fita toda vez que vou na missa. Isso aqui é o sinal que eu sou zeladora."*
- *"Hoje ainda, eles (os filhos) se preocupam bastante comigo."*
- *"Se ele (um dos filhos mais próximos) pode vir, ele vem. Ele vem aqui, fica uma meia hora e vai embora, para saber como eu estou. Senão, ele liga: 'Mãe, como é que você está? Está bem?'"*
- *"Todos os domingos, os meninos (os filhos e suas famílias) vêm todos... Isso para mim é uma alegria. Essa mesa aqui, eles encham de um lado a outro."*
- *"Eu conservei essa união (entre a família) e acho que eu vou conservar até morrer. E já os netos, os namorados das netas, estão todos aqui. Quando tem festa, alguma coisa, Natal, Ano Novo, esses dias, estão todos aqui, vêm todos para casa. É neto, é bisneta, é os namorados, os maridos, vêm todos, aparece toda a família. Essa união é bonita. As pessoas se admiram."*
- *"Eu nunca fui de baixar a cabeça e entristecer, tanto que as pessoas que tinham contato comigo sempre me perguntavam como que eu fazia para conservar a alegria."*
- *"Porque eles (os filhos) são tão apegados a mim que eu acho que se eu faltar eles vão sentir muita falta (...) Quando o pai faleceu, eles não sentiram muito, mas quando eu falecer acho que eles vão sentir muito."*
- *"(...) eu andava de bicicleta muito bem que todos se admiravam que eu andava muito bem, andaram me filmando de bicicleta..."*

## BENZEDEIRA

#### Auto-estima elevada

- *“... E a benzedura então, meu Deus do Céu, tem dias que vem dez pessoas...”*
- *“De Florianópolis então, (...) vem tanta gente de lá, ficam boas! (...) É mesmo uma alegria dizer: ‘ficou bom!’. Quanta gente telefona para mim para dizer que ficou bom! Eles telefonam até lá do Rio de Janeiro.”*
- *“(...) lá em Florianópolis eu já rezava para eles também... (...) Depois que eu vim para cá, de vez em quando vem um aqui para eu rezar. E tudo fica bom! E colocaram no jornal! A avó não queria, mas colocaram no jornal. Vem muita gente, a avó não dá mais para isso. Tiraram foto da avó, colocaram no jornal... e depois eu pedi para eles (jornalistas) não virem mais por que eu não posso. Se eles querem, venham aqui, a velha reza”.*
- *“Ah, eu rezo para (ela mesma) durar bastante anos, mas com saúde. Para ajudar... pois se a vó morre, quem vai rezar como eu rezo? Então a vó reza para poder deixar a vó mais tempo, mas com saúde, doente na cama não. (...) Por que eu sei que faz falta. Se eu morrer, farei muita falta... Nossa Senhora! Todo mundo vê aqui e diz: ‘ah, eu vou rezar pra vó ficar boa’, pois de vez em quando fico doente. Mas eu digo ‘não, mas minha doença é velhice’.”*

#### CONTADOR DE HISTÓRIAS

##### Auto-estima elevada

- *“já na igreja, no serviço da igreja... Ai, todos que tinham que anotar missa e coisas assim, então todo este pessoal vinha comigo, eu fazia o trabalho pro padre, (...), mas todo mundo gostava (...)”.*
- *“(...) eu queria fazer um discurso pequeno também, foi neste ponto que foi escrito este primeiro caderno. Depois todo mundo gostou do caderno, (...) todo mundo gostou muito do serviço”.*
- *“Destes livros ai (escritos por ele), eu já vendo mais de cem. E, se tivesse mais cem ou mais duzentos, eu vendia mais. Não ficava nenhum (...)”.*
- *“É por que se ninguém tivesse dado valor, eu não tinha continuado (a escrever), mas como todo mundo tava gostando...”*
- *“(...) mas todo mundo gostava muito de mim até hoje, eu gosto de todos e todo mundo gosta de mim.”*

#### ZELADORA

##### Deixar / fazer parte de um “legado”

- *“Eu gostei, ensinei os meus filhos, até o mais velho é presidente de uma Igreja, ajudou a construir uma Igreja. Tem o Luis Carlos que é da Igreja, ele é cantor, ele dirige tudo ai da Igreja, dá catequese, crisma, faz reunião de batismo, tudo é com ele. Ele e a esposa dele. E tem a Maria de Lourdes que trabalha lá em Barreiros ela é da Igreja também, ela que cuida tudo na Igreja, ela é ministra da eucaristia, é do movimento de pessoas que fazem grupo de oração. Tem o outro lá em Joinville também. Tem o Lázaro que mora lá em Forquilha também é ministro da eucaristia e ajuda a Igreja. Os meus filhos são todos iguais a mim. Todos eles, foram instruídos desde pequeninhos e hoje já ajudam a Igreja. Uns são mais, outros são menos,. Uns são meio preguiçosos e tem que dar uma puxadinha...”*

- *“Desde pequeno, eles sempre foram muito unidos, se casaram mas nunca deixaram a casa... Sempre foram unidos. Quando o pai esteve doente, cada noite ficava um lá, eles fizeram reunião entre eles ‘hoje é esse, amanhã é esse, depois de amanhã é aquele...’. Ninguém achou ruim, todo mundo ajudou. Durante o dia ficavam as filhas e a noite os filhos.”*
- *“Eu conservei essa união (entre a família) e acho que eu vou conservar até morrer.”*

## BENZEDEIRA

Deixar / fazer parte de um “legado”

- *“(...) ela (sua mãe) era benzedeira e fazia os remédios, ela ia longe e eles vinham com carrinho de mola para buscá-la. (...) (aprendeu a benzer) Com a mãe dela. (...) Depois quando ela morreu, eu vim para aqui e eles sabiam que eu sabia benzer”.*
- *“Ah, tem que ensinar. (...) A gente tem que ensinar, mas quem vem aqui, tem o livrinho, aí quem pega o livrinho, aprende!”*
- *“Eles são muito bons, a vó ensinou eles (os netos). (...) E sempre digo para eles, se um for mais pobre, ajuda o outro. Um tem que ajudar o outro, que é tão bonito, todos terem. Mas tem gente que é ruim, se o irmão é pobre não ajuda. Tem que ajudar.”*

## CONTADOR DE HISTÓRIAS

Deixar / fazer parte de um “legado”

- *“(desejava para os filhos) Que eles tivessem um ‘estudozinho’ pra eles. Quem quisesse estudar, podia estudar. Porque, dos rapazes, quatro estudavam pra fora; mas, das moças, também quatro, cinco também estudaram no colégio e uma ficou freira. (...) Os que não foram estudar, foram trabalhar de carpinteiro, pedreiro, ate tem um que tá na Palhoça, que tem uma turma que trabalha com ele, mas ele é o chefe, que trabalha pra cidade, pras praias pra todo lugar. Tem um que chegou até Major da policia. (...)Deixei a vontade, quem quer estudar, não mandava ninguém só ia quem queria”.*
- *“(...) pra igreja todo mundo (os filhos) gostava de ir. (...) sempre junto no domingo”.*
- *(...) lá naqueles tempos, a gente (a família) ia todo mundo junto pra igreja. (...) eles (os filhos) já iam por eles... já levava todo mundo junto”*
- *“Eu era o chefe do coral aqui (...) e depois (...) foi entrando mais gente, com mais estudo que eu, e daí eu pedi pra eles continuarem. (...) Hoje tô no coral ainda”.*
- *“eu gostava que (os filhos) continuassem a religião como a gente da família, por que a gente tinha fé que aquele era um meio pra gente se salvar, né? Eu praticava a religião como os pais e avôs também já tinham... e a gente gostava que filhos continuassem também. (...) Sim... (os filhos e netos) Vão sim”.*

## ZELADORA

Prosperidade

- *Naquele tempo não tinha farmácia, não tinha nada aqui, era tudo deserto como se diz, não tinha estrada, não tinha nada. (...) Depois arrumaram, fizeram o*

*asfalto, daí melhorou. Começou a ficar bom. Veio a farmácia para cá e coisas que eram preciso. Antes não tinha nada.”*

- *“Mas naquele tempo era falta de padre, falta de condução, falta de estrada, falta de tudo. Era muito difícil. A estrada era horrível.”*
- *“(…) eu estudei até o primário, depois do primário eu sai da aula (…) naquela época, não tinha o ‘ginásio’ da escola.”*
- *“Então eu tinha que escrever todas as cartas, porque naquele tempo não é que nem hoje, naquele tempo não tinha telefone. Eu tinha que escrever as cartas (para a família adotiva).”*
- *“Não, naquele tempo não era como hoje não. Naquele tempo ninguém ajudava como hoje, a prefeitura não ajudava, naquele tempo não... ninguém ajudava. Hoje as pessoas ajudam, fazem bingo, fazem isso fazem aquilo. Mas naquele tempo não, naquele tempo era cada um para si... Não, naquele tempo a comunidade não era assim como é hoje.”*

## BENZEDEIRA

### Prosperidade

- *“E ele (filho) veio aqui e comprou esse chão de casa (...). Aí fizemos aquela casinha de madeira ali e ficamos morando ali. O terreno (antigo) está lá ainda, o terreno está lá no sítio... Tem gado, tem galinha e tudo. Fica perto, é atrás desse morro... (...) Aí então viemos morar aqui (casa de alvenaria) (...)”*

## CONTADOR DE HISTÓRIAS

### Prosperidade

#### Individual

- *“(…) eu casei em janeiro e comprei o terreno em setembro no mesmo ano (...)”*
- *“Eu tinha terreno pra trabalhar em casa, no terreno do meu pai, mas depois a gente já tem um dinheirinho e já queria comprar um terreno.”*
- *“A casa nova nós começamos em 13 de dezembro (...) de 1961 e em 62 foi pronta... em 62... no mesmo dia, já colocamos luz elétrica, no mesmo dia. Dividimos lá em baixo, lá na roça pra ficar tudo iluminadinho. Trinta e seis lâmpadas até 1977, quando foi posta a luz de fora. (...) Nós tínhamos um motor, e um dínamo, pra fazer a eletricidade”*
- *“Primeiro foi à casinha lá em baixo, depois ali em cima maior, depois esta aqui e depois esta ali, que tá melhorando...”*
- *“O meu serviço de escrever (...) todas as famílias gostaram de ler o caderno, tudo anotado bem direitinho, então foi indo assim e eu continuei a escrever. E depois, (...) o meu filho bateu com a máquina (...), mas depois na prefeitura foi feito com computador (...)”*

#### Coletiva

- *“Nada, aqui não tinha nada”. (referindo-se a serviços públicos e infraestrutura, há 70 anos)*
- *“Hoje em dia é mais fácil, no tempo antigo pra nós assistir uma missa tinha que ir pra São Pedro de Alcântara lá do outro lado do morro, hoje é tudo mais perto, tem missa aqui por perto (...)”*
- *“(…) naqueles tempos, o hospital era tudo pago (...)”*

## 8 - CELEBRACÃO

### ZELADORA

- *“Os meus filhos, a união da minha família, tudo isso me traz alegria. As festas que a gente faz em casa. Sempre fui de festejar o aniversário dos filhos, da família e tudo isso traz alegria, isso traz vida. Se a pessoa não faz festa, não faz nada, não traz alegria. Isso tudo é alegria, isso tudo traz vida, acho que por isso que eu ainda estou vivendo.”*
- *“(…) na casa onde eu morava já tinham esse hábito de festejar aniversário, começo do ano, Natal, essas coisas. Eu me casei e continuei com os mesmo hábitos, o mesmo sistema.”*
- *“Tinha festa de São Pedro, São Paulo, tinha dança, a gente dançava e se divertia. Tinha a festa de Santa Maria, tinham os padroeiros das Igrejas, então eles faziam a festa e depois tinha dança. A festa era na Igreja e depois que acabava a festa tinha dança nos salões das casas onde eles faziam a festa. A gente dançava e se divertia(…)”*
- *“O encontro de Idosos, nós temos toda 5ª feira o encontro de Idosos... É ligado a Igreja, ao Posto, a Prefeitura. A Prefeitura dá assistência.”*

### BENZEDEIRA

- *“Tinha (todos os domingos)... Tinha baile, tinha missa... Domingo ia à missa, voltava pra casa, de tarde ia dançar...”*
- *“Dançávamos que nos acabávamos, sabíamos dançar, nós éramos ‘dançadeiras’, todos dançavam conosco.”*

### CONTADOR DE HISTÓRIAS

- *“Por que eram os negociantes que faziam (as festas) e durante a semana era escolhido um dia pra fazer pra igreja, e depois mudou, domingo pra negociante e domingo depois pra igreja”.*
- *“Em 1867, tinha chegaram os primeiros colonos aqui em ‘Rachadel’, então em 1967 nos fizemos a Festa do centenário”.*

## 9 - ESPERANÇA

### ZELADORA

- *“Eu sempre esperava que um dia eu seria feliz, mas de que jeito eu não sei... Eu imaginava que mais tarde iria casar, encontrar um bom casamento... ter filhos e ajudar a minha família (...) Eu nunca pensei em trabalhar fora, porque quem tem uma família que nem eu tive tem que estar a par com eles em casa para educar, para cuidar.”*
- *“(meu desejo) É chegar aos 90 anos para não deixar os meus filhos... (...) Até os 100 anos eu não vou viver. Seu eu for até os 90 dou graças a Deus.”*
- *“(Quero continuar) Fazendo o meu servicinho, fazendo a minha comidinha, quando vem visita eu faço comida, faço o meu pãozinho, lavo a minha roupa, tô fazendo, não quero perder as minhas energias, não. Por enquanto quero conservar.”*
- *“(Quero) Curtir a vida, curtir a família. O que eu vou querer mais? Trabalhar não posso mais, só serviço assim em casa, servicinho leve, mas se for para eu enfrentar como eu enfrentava já não enfrento mais, minhas forças estão perdidas.”*
- *“Eu acho que as coisas quando são para acontecer já estão no caminho da gente.”*
- *“(...) sempre esperava a felicidade. Nunca desanimei.”*

### BENZEDEIRA

- *“É, eu vou fazer 100 anos, vou fazer uma festa...”*
- *“Daqui para frente?(...) Rezar, ter fé em Deus. (...) continuar trabalhando. (...) Trabalhando, fazendo comida, rezando, andando ao redor de casa. Mas rezando, (...) benzendo as pessoas.”*

### CONTADOR DE HISTÓRIAS

- *“Traz uma grande esperança (rezar e freqüentar a igreja), por que quando a gente sair daqui vai pra outro lugar, aí pode encontrar um lugar melhor, mais feliz”.*
- *“(...) eu estou escrevendo ainda, pra no fim do ano lançar um livro (...)”.*
- *“(...) depois que eu comprei este terreno, eu disse: ‘eu não vou nunca mais sair daqui’ (...)”.*
- *“Ele (Deus) tá pra me mandar o que tem pra fazer ainda, tá pra aparecer; por que acabando uma coisa já aparece outra pra eu escrever, agora já tem três coisas ali e só eu ter tempo que eu vou fazer ainda, o que não vai dar tempo fica como tá, mas já acabando um eu já escrevo o outro”.*