

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM

A (RE)VOLTA DA VACINA:
EFICÁCIA E CREDIBILIDADE SOCIAL DA VACINAÇÃO CONTRA
INFLUENZA ENTRE IDOSOS DE PORTO ALEGRE

MARIA APARECIDA MULLER VILARINO

Porto Alegre, março de 2002.

MARIA APARECIDA MULLER VILARINO

A (RE)VOLTA DA VACINA:
EFICÁCIA E CREDIBILIDADE SOCIAL DA VACINAÇÃO CONTRA
INFLUENZA ENTRE IDOSOS DE PORTO ALEGRE

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial à obtenção do
título de MESTRE em ENFERMAGEM.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Marta Júlia Marques Lopes

Porto Alegre, março de 2002.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes (orientadora)

Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Profa. Dra. Jussara Gue Martini

Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Profa. Dra. Olga Rosária Eidt (suplente)

AGRADECIMENTOS

À Marta Júlia Marques Lopes, que orientou este trabalho com competência e sensibilidade, mostrando-se uma amiga.

Às professoras Ana Bonilha, Jussara Martini e Maria Alice Lima pelas sugestões que ajudaram na construção deste estudo.

Ao Manoel, servidor da Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, que auxiliou na coleta dos dados estatísticos de internações hospitalares.

À Sirlei, enfermeira da Equipe de Informação da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, que auxiliou na coleta dos dados estatísticos sobre a mortalidade.

À professora Jandira Fachel, coordenadora do Núcleo de Apoio Estatístico da UFRGS, que procedeu as análises estatísticas deste estudo.

À equipe do Núcleo de Imunizações da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, pelo apoio durante a realização do mestrado.

À professora Clarice M. Dall'Agnol pelas sugestões na redação científica.

Às bibliotecárias Lúcia e Celina, da Escola de Enfermagem, UFRGS pelas orientações nas referências bibliográficas.

Por fim, ao Vila, meu marido, pelo apoio e carinho durante o mestrado.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	18
2.1 A historicidade do pensar em saúde: corpo e significado	18
2.2 A promoção da saúde como base para políticas públicas	22
2.3 Saúde e sociedade: a transição demográfica e epidemiológica no Brasil	26
2.4 O desafio de educar para prevenir em saúde do idoso: limites e possibilidades no campo das imunizações	29
2.5 Objetivos da investigação	33
3 O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO	34
3.1 Tipo de estudo	34
3.2 População	36
3.3 Coleta de dados	36
3.4 Análise dos dados	37
3.5 Considerações éticas	39
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	41
4 VACINAR É PRECISO? ADESÃO E CREDIBILIDADE SOCIAL DA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA ENTRE IDOSOS	41
4.1 A vacina, aspectos técnicos e epidemiológicos	41
4.2 Vacinar-se ou não: as motivações entre os idosos	44
4.3 A introdução da vacina contra influenza e seu impacto na morbimortalidade por pneumonias entre idosos, 1995 – 2001, Porto Alegre	51
4.3.1 O perfil de morbimortalidade por pneumonias após a introdução da vacina contra influenza de 1995 a 2001	51
4.3.2 O perfil de morbidade por pneumonias após a introdução da vacina contra influenza de 1995 a 2001	53

4.3.3 O perfil de mortalidade por pneumonias após a introdução da vacina contra influenza de 1996 a 2001	59
5 PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES DA SAÚDE-DOENÇA ENTRE IDOSOS – ESTUDO QUALITATIVO	63
5.1 Faixa etária, sexo e procedência dos idosos deste estudo	63
5.2 O processo saúde–doença entre os idosos estudados: cotidiano e representações	66
5.3 Cotidiano e corpo.....	71
6 CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS	84
ABSTRACT	89
RESUMEN	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	95
ANEXO A	95
ANEXO B.....	96

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MÉDIA MENSAL DAS INTERNAÇÕES POR PNEUMONIAS, PORTO ALEGRE, 1995-2001.....	53
FIGURA 2 – TAXA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR PNEUMONIAS, PORTO ALEGRE, 1995 – 2001.	55
FIGURA 3 – POR PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES PNEUMONIA EM RELAÇÃO ÀS DEMAIS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, PORTO ALEGRE,1995-2001.....	56
FIGURA 4 – COEFICIENTE DE MORBIDADE POR PNEUMONIAS, PORTO ALEGRE, 1995-2001.....	57
FIGURA 5 – MÉDIA MENSAL DA MORTALIDADE POR PNEUMONIAS, PORTO ALEGRE, 1996 – 2001.....	59
FIGURA 6 – TAXA MENSAL DE MORTALIDADE POR PNEUMONIAS EM RELAÇÃO À TAXA MENSAL DE MORTALIDADE GERAL, PORTO ALEGRE, 1996-2001.....	60
FIGURA 7 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR PNEUMONIAS, PORTO ALEGRE, 1996 – 2001.....	61

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ENTREVISTADA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, PORTO ALEGRE, 2001	64
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ENTREVISTADA SEGUNDO O SEXO, PORTO ALEGRE, 2001	65
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ENTREVISTADA SEGUNDO O LOCAL DE PROCEDÊNCIA, PORTO ALEGRE, 2001	65

RESUMO

Trata-se de um estudo sobre o impacto da introdução da vacina contra influenza no perfil de morbimortalidade por pneumonias na população acima de 65 anos, em Porto Alegre, no período de 1995 a 2001. Associado ao estudo da série histórica, investigamos os motivos de adesão ou recusa à prática de vacinação contra influenza entre 138 idosos. Aprofundamos a análise das concepções do processo saúde-doença e das práticas preventivas em saúde com um grupo de 30 idosos usuários do sistema público de saúde. A metodologia utilizada é de caráter epidemiológico do tipo série temporal, combinando entrevistas com idosos e categorização temática das informações obtidas. Os dados de morbidade foram obtidos pela pesquisa documental estatística, a partir dos dados de internação hospitalar do Sistema Único de Saúde (Tabwin) e os dados de mortalidade foram obtidos a partir do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM). Os resultados apontam um comportamento de tendência à queda na morbidade, através das internações hospitalares e na mortalidade por pneumonias, após a introdução regular da vacina contra influenza em nosso meio no ano de 1999. Particularizando a adesão ou recusa à prática de vacinação, os idosos demonstram que fatores culturais e sociais influenciaram suas decisões. Os idosos que participaram deste estudo também revelaram que é fundamental a manutenção de uma atividade física, intelectual ou laboral para um envelhecimento saudável. Os resultados deste estudo, acredita-se, contribuem para o aperfeiçoamento das práticas de promoção em saúde através da educação em saúde e da adoção de medidas de proteção específica como a vacinação com eficácia e credibilidade junto à população.

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação é requisito parcial para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul .

A temática do estudo é a prevenção em saúde do idoso. Pretendemos investigar as práticas preventivas em saúde e as medidas de proteção específica adotadas pelos nossos sujeitos da pesquisa, os idosos. O desafio de discutir prevenção parte de uma perspectiva social da concepção dessa fase da vida em que as perspectivas para o futuro vão se diluindo nas lembranças do passado.

Inicialmente pretendíamos nos limitar a investigar a implantação da vacina contra influenza em Porto Alegre e o impacto no perfil de morbimortalidade por doenças respiratórias. Em função do desafio que representa a implantação dessa prática preventiva nessa faixa etária, resolvemos agregar a esse estudo epidemiológico um estudo qualitativo que permitisse discutir os motivos de recusa ou adesão à prática da vacinação aliada a outras medidas de promoção à saúde que fazem parte do cotidiano dos idosos.

A escolha desse tema está vinculada à trajetória de trabalho em saúde coletiva, durante 16 anos, da pesquisadora. Nesse período constatamos que a prevenção em saúde, tanto na ótica das práticas promocionais à saúde quanto na ótica das práticas de

proteção específica, especialmente relacionadas com a prática de vacinação, são atividades de interesse constante dos trabalhadores que se dedicam à saúde coletiva.

Atualmente realizamos atividades de prevenção em saúde no Núcleo de Imunizações (NI) da Equipe de Controle Epidemiológico (ECE) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMS), o que nos permite transitar com certo conhecimento na área das imunizações, possibilitando apontar questões instigantes que se colocam frente a essa realidade. O NI tem como função gerenciar as atividades de imunização, promovendo cursos para capacitar os vacinadores em sala de vacinas, realizando supervisão nas salas de vacinas do município, em âmbito público e privado, distribuindo e controlando a qualidade dos imunobiológicos, analisando as coberturas vacinais e também coordenando as campanhas de vacinação.

Com a nossa vivência em saúde coletiva, podemos afirmar que a atividade de imunização se caracteriza como um instrumento eficaz para a vigilância epidemiológica no que tange ao controle das doenças imunopreveníveis, para garantir uma qualidade de vida melhor e assim se constituir em uma prática preventiva de alta magnitude entre a população.

No cenário específico das imunizações aconteceram muitos avanços como a produção de novas vacinas para o controle das doenças infectocontagiosas, principalmente entre os menores de 5 anos. O incremento de pesquisas para a descoberta de vias de administração e adjuvantes que permitem ampliar a resposta imunológica, a produção de vacinas pelo método da engenharia genética, as quais se caracterizam por serem mais eficazes e menos reatogênicas, e a possibilidade de

produzir vacinas a partir do DNA de microorganismos marcaram o final do século XX no campo da imunologia.

Nas últimas décadas muitas mudanças ocorreram no cenário das políticas de saúde em nosso país, que serão analisadas na construção do nosso problema de estudo.

Destacamos a mudança ocorrida no perfil demográfico do Brasil, que, devido à diminuição da fecundidade e da mortalidade, apresenta um aumento da população de idosos. Essa nova parcela da população demanda para o setor público a implantação de políticas que atendam a suas necessidades específicas. As conquistas no plano das políticas públicas são fruto de um trabalho realizado junto a segmentos da sociedade organizada representada pelos idosos principalmente.

Para os indivíduos de sessenta anos de idade ou mais, que correspondem ao grupo etário mais representativo para doenças crônicas e de crescimento mais rápido na população do país, a influenza e suas complicações permanecem como uma causa de significativa morbimortalidade (Toniolo Neto, 2001).

O melhor método preventivo contra o vírus influenza, que é capaz de reduzir sua severidade, é a vacinação contra a gripe. A vacinação é um procedimento recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e beneficia tanto indivíduos sadios como os suscetíveis a episódios de gripe, nos quais se incluem portadores de doenças crônicas pulmonares, cardiovasculares e metabólicas.

A gripe pode agravar a patologia básica das pessoas com distúrbios cardíacos ou pulmonares. Essas complicações são a causa de visitas freqüentes a médicos, hospitalizações prolongadas e aumento do número de mortes por pneumonia e/ou patologias subjacentes, vinculadas aos surtos gripais que ocorrem todos os anos.

A vacinação de indivíduos com alto risco está associada a uma diminuição significativa da gravidade da doença em relação à incidência de hospitalização e mortalidade associadas à gripe.

Nos países em que as quatro estações do ano são mais marcadas, as epidemias de gripe ocorrem virtualmente a cada inverno. Durante um surto típico nos Estados Unidos, aproximadamente 30% da população (70 milhões) tornam-se enfermos. Desses, 400.000 são hospitalizados e entre 10.000 e 20.000 morrem em consequência de complicações.

Embora seja considerada uma enfermidade benigna e autolimitada, nos idosos apresenta uma maior importância epidemiológica, face às suas consequências, aumento de gastos hospitalares e mortalidade. Além disso, o idoso com uma infecção por influenza sofre de uma maior predisposição para desenvolver pneumonia (Silvestre, 1997).

Estudos do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) mostram que a vacina reduz a hospitalização em cerca de 70% e os óbitos em cerca de 85%. Em casas geriátricas, a vacina pode reduzir o risco de hospitalização em cerca de 50%, de pneumonias em cerca de 60% e de morrer de 75% a 80%. Quando ocorre a circulação de vírus diferente da composição da vacina, a eficácia da vacina pode ser menor, especialmente na redução da doença, mas a vacina poderá diminuir a severidade da mesma e prevenir complicações e morte (CDC, 1998).

Um estudo realizado em Manitoba (Canadá), no período de estação da influenza em 1982-83 e 1985-86, com o objetivo de verificar os efeitos da vacinação contra influenza na prevenção das hospitalizações e óbitos associados à influenza, mostrou uma prevenção de 32% a 39% de hospitalização por pneumonias e influenza e de 15% a 34% de admissões com problemas respiratórios durante dois períodos de influenza. A

vacinação também teve uma eficácia na prevenção de 43% a 65% dos óbitos associados a qualquer dessas condições. Além disso, a vacinação protege de 27% a 30% contra os óbitos de todas as causas.

Esses resultados podem ser associados a estudos observacionais da efetividade da vacinação contra influenza na prevenção da influenza associada à hospitalização por pneumonias e óbitos em casas geriátricas e pessoas não institucionalizadas, bem como a estudos de caso-controle. Em adição ao estudo de Manitoba, descobriram-se novas informações que recomendam ser a vacinação mais protetora contra as admissões hospitalares por problemas respiratórios e óbitos por todas as causas (Fedsons et al, 1993).

Outro estudo realizado nos Estados Unidos durante três estações de influenza, 1990-90, 1991-92, 1992-93, no qual, a cada ano, se incluíram mais de 25.000 idosos com 65 anos e mais, mostrou que, em geral, a vacinação diminuiu em 48% a 57% as admissões hospitalares por pneumonias e influenza. Mais importante ainda, a vacinação foi associada com uma diminuição de 39% a 54% da mortalidade considerando todas as causas durante os três períodos do estudo (Nichol et al, 1994).

A inclusão da vacina contra influenza no calendário nacional de imunização no Brasil inspirou-se nas iniciativas do município e Estado de São Paulo, que tornaram lei a vacinação de idosos contra a gripe. Editadas em 1997 e 1998, respectivamente, ambas as leis originaram-se na experiência do Centro de Estudos do Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo (Aranda, 2000).

Dentro dessa perspectiva, a partir de 1999, o MS deu início a uma nova estratégia na prática da vacinação, que foi a edição da campanha de vacinação contra influenza em todo o território nacional com o objetivo de vacinar a população acima de

65 anos. Essa prática visa a diminuir as complicações e internações advindas da doença influenza popularmente denominada gripe, mais especificamente, as pneumonias, que ocorrem com maior frequência nessa faixa etária mais vulnerável.

Com isso estava proposto um novo desafio para os trabalhadores da saúde coletiva. Algumas reflexões foram se desenhando no cotidiano de nossa prática, no Núcleo de Imunização, no que se refere a essa vacinação destinada aos idosos, as quais deram origem à elaboração do nosso problema de pesquisa, conduzindo ao encaminhamento das questões deste estudo. Cito a seguir algumas delas.

Ocorreu mudança no perfil de morbimortalidade por pneumonias após a implantação da vacina contra influenza, no município de Porto Alegre? O que leva o idoso a adotar ou não práticas preventivas, em especial, a proteção específica que corresponde à vacinação contra influenza? É possível incrementarmos práticas preventivas em saúde para os idosos? Os idosos sabem da eficácia da vacina na prevenção da morbimortalidade por pneumonias (complicação da gripe), ou a relacionam simplesmente ao resfriado comum e aos sintomas da gripe ?

Em nosso meio, dentre os estudos que discutem o impacto causado no perfil de morbimortalidade das doenças respiratórias após a utilização da vacina contra influenza, encontramos apenas dados parciais. Um levantamento realizado pelo grupo de estudos do envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo mostra uma diminuição das internações por pneumonia no ano de 1999 em relação ao ano de 1998 e uma diminuição da mortalidade por doenças respiratórias no mesmo período (Aranda, 2000).

Espina, Tietboehl e Vila Nova (2001) realizaram um breve estudo de uma série histórica de mortalidade e internações por pneumonias no Estado do Rio Grande

do Sul, demonstrando uma diminuição da mortalidade por doenças respiratórias após o ano de 1999, que corresponde à implantação da vacina contra influenza.

Para a cidade de Porto Alegre não encontramos referências de pesquisas que tratem desses aspectos.

Segundo dados do Sistema Único de Saúde, de 1998 a 2000, houve uma queda de 18% (179.000) em números de internações da população brasileira por pneumonia. Nesse mesmo período, o maior impacto deu-se na Região Sul e Sudeste, onde houve redução de 27,1% em registros de internação pela doença (Brasil, 2001).

Concomitante a essas indagações, a ocorrência, no início do século XX, no Rio de Janeiro, do episódio chamado de *A revolta da vacina* populares se rebelaram violentamente contra o governo, manifestando o repúdio à obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, nos permitiu uma associação com o momento atual, quando a implantação da vacinação contra influenza gerou a idéia de que essa medida pretendia matar os idosos, originando o medo e a sua recusa entre os mesmos.

Possivelmente esses fatos inspiraram a criação do título desta dissertação, ao parafrasearmos esse episódio popular acontecido há cem anos, mas que toma um novo caráter, adaptado ao momento político atual e a uma nova vacina.

Nessa perspectiva construímos este estudo, que se estrutura, a seguir, com a construção do problema de pesquisa e do referencial teórico. Partimos da história do conceito de saúde e doença, discutimos o referencial teórico influenciando, em cada momento histórico do país, as mudanças nas políticas de promoção à saúde. Paralelamente, analisamos as interfaces com as políticas de educação em saúde, o que

possibilitou analisarmos as práticas de prevenção em saúde dos idosos – preconizadas pelo setor público - e suas repercussões entre eles.

Assim apresentamos uma análise da transição demográfica e epidemiológica ocorrida nos últimos anos, para caracterizar a população de idosos que abordamos na fase empírica deste estudo. Analisamos também as práticas de prevenção na área da saúde do idoso, salientando questões culturais e históricas em relação à saúde e ao corpo do idoso. Dirigimos a análise para os aspectos da vacina contra influenza e seu possível impacto na saúde dos idosos, bem como a adesão desses a essa nova prática.

Na seqüência, detalhamos a trajetória metodológica da investigação, os resultados obtidos neste estudo, que dividimos em duas partes. A primeira aborda os motivos que levam os idosos a aderirem ou a recusarem a prática de vacinação contra influenza e analisamos o comportamento da morbimortalidade por pneumonias em Porto Alegre através de uma série histórica. A segunda consta das reflexões desenvolvidas junto à população alvo, discutindo-se a relação dos idosos com as práticas preventivas em saúde. Por fim elaboramos algumas considerações conclusivas.

Esperamos que os conhecimentos adquiridos neste estudo contribuam para as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores que atuam na saúde coletiva. Em especial, os enfermeiros que exercem suas atividades nas unidades de saúde da rede pública e que procuram praticar propostas novas e instigantes na busca do fortalecimento da prevenção em saúde.

2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Para estruturarmos este estudo, partimos da convicção quanto à importância de se situar historicamente as práticas preventivas em saúde e apontar suas interfaces com a educação em saúde e as políticas públicas nesse campo. Assim, nos detivemos nas abordagens construídas em torno do tema da saúde e que influenciaram as práticas preventivas na saúde coletiva.

2.1 A historicidade do pensar a saúde: corpo e significado

Historicamente este tema é tratado pelo viés da doença, talvez porque a estrutura do conhecimento e dos serviços de saúde, que sofreram por longo período a influência do modelo médico-curativo, se encontra preparada para atender quem está doente ou com suspeita de algum problema diagnosticável pela clínica.

Por outro lado, os serviços de saúde promovem ações que visam a prevenir os males e as doenças que afetam sujeitos e coletividades. Nessa perspectiva, entendemos que nos aproximamos do que poderia ser saúde.

O conceito de saúde clássico e difundido entre os órgãos formadores, os trabalhadores de saúde e a população em geral é o proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que diz: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”(OMS citado por Rezende, 1986).

Esse conceito, nós o consideramos subjetivo, amplo e estático para definir o fenômeno complexo e dinâmico que é o processo saúde-doença, constituído por uma rede de condições sociais, políticas, econômicas e culturais de indivíduos e coletividade.

Mais próximo dessa nossa definição, encontramos em Laurell (1983) que a determinação social do processo saúde-doença é um binômio intrinsecamente relacionado e como tal determinado pelas condições de vida, pelo acesso à educação, ao trabalho, ao exercício da cidadania.

Laurell (citado por Breihl 1991,p.13) assim define a dimensão histórica do processo saúde-doença:

“Evidência incontestável de que o panorama patológico se transforma ao longo da história, de que as doenças predominantes são distintas de uma sociedade para outra em um dado momento, de que a problemática da saúde difere de uma a outra classe social, dentro de uma mesma sociedade comprova o caráter social e histórico da doença.”

Observamos no decorrer dos séculos mudanças no enfoque central na análise do que é considerado doença e saúde. Singer (1981,p.81) vem corroborar essa análise feita a partir da dimensão social do processo saúde-doença. Diz ele:

“... o estado de saúde de uma população evolui em função do desenvolvimento das forças produtivas e das mudanças nas relações de produção, que condicionam genericamente tanto as contradições que originam estados mórbidos como a capacidade de prevenir, suprimir ou controlar a eclosão dessas contradições. Mais do que isso, o estado de saúde reflete um recorte certamente não arbitrário, mas historicamente determinado do quadro geral de contradições que afetam o organismo social ...”

Essa dimensão social dos determinantes do processo saúde-doença embasaram as diretrizes da 8º Conferência Nacional de Saúde, realizada em nosso país em 1986, a qual foi um marco decisivo para desencadear o projeto de Reforma Sanitária no

país, culminando com a promulgação da Lei nº 8080/90 que cria o Sistema Único de Saúde (SUS). No artigo segundo, parágrafo terceiro, dessa lei, encontramos o seguinte:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”(Lei n.8080/90, p.6).

Outra possibilidade de abordagem deste tema é a busca de como se constróem as visões sobre os indicadores do processo saúde-doença. Nesse caso, contribuições importantes de Boltanski (1984), Helman (1994) e Minayo (1997) trazem a dimensão cultural e o enfoque das formas como o sujeito em questão representa sua doença, seu corpo e que formas de experiências daí se originam.

Segundo Helman (1994,p.33), “... cada ser humano possui, em certo sentido, dois corpos: um corpo individual (físico e psicológico), adquirido no nascimento, e também um corpo social necessário ao primeiro para viver em determinada sociedade”.

Esse autor ainda afirma:

“ O corpo social é uma parte importante da imagem do corpo, pois fornece a cada pessoa uma base para perceber e interpretar suas próprias experiências físicas e psicológicas exerce um controle poderoso sobre todos os aspectos do corpo individual: sua forma, tamanho, vestimenta, dieta alimentar e postura; seu comportamento com relação à doença e à saúde além de suas atividades reprodutoras, profissionais e de lazer”(Helman,1994, p.33).

Essas idéias nos remetem a pensar que o meio ambiente natural e social influencia o sujeito na construção do modo como são percebidas as sensações físicas e como tais sensações são expressas pelo corpo.

Boltanski faz uma análise do uso do corpo em relação às diferentes classes sociais e afirma que, na medida em que o indivíduo sobe na hierarquia social, cresce o nível de instrução e decresce, correlativa e progressivamente, o volume de trabalho manual em favor do intelectual, o sistema de regras que rege a relação dos indivíduos com o corpo também se modifica. O autor exemplifica com a valorização da magreza: “Cresce quando se passa das classes populares às classes superiores ao mesmo tempo que cresce a atenção dada à aparência física e que decresce correlativamente a valorização da força física...” (Boltanski 1984, p.168).

Para Minayo a concepção de saúde-doença das camadas populares liga-se intimamente à possibilidade de trabalhar, de realizar os afazeres rotineiros e cotidianos.

Diz ela:

“Essa equivalência da doença ao não-trabalho ou à não-produtividade não é natural, mas socialmente construída de acordo com a ideologia de que nosso corpo é feito para produzir.....Saúde, doença e trabalho constituem, portanto, uma interdependente e cotidiana relação, que pode ser traduzida pela própria concepção de vida” (Minayo 1997, p.37).

Dessa forma, a análise das dimensões biológica, social e cultural do processo saúde-doença é de fundamental importância para aqueles que de uma forma ou outra se engajam nessa problemática. Ambas remetem às questões do cotidiano de cada sujeito e/ ou coletividade, às condições materiais de vida e às formas de vivenciar sua inserção na sociedade.

Com base nessas idéias de saúde, faremos uma breve reflexão sobre a trajetória das políticas públicas implantadas ao longo da história de nosso país, que de uma maneira ou outra influenciaram e/ou determinaram as práticas preventivas em saúde.

2.2 A promoção da saúde como base para políticas públicas

Leavell e Clark (1976) utilizaram o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, que comporta, segundo os autores, três níveis de prevenção. No período de pré-patogênese da doença, identificamos o nível denominado de *prevenção primária*, que se subdivide em promoção da saúde e proteção específica. Nesse item definem-se as ações para prevenir os possíveis agravos na saúde do indivíduo; preconizam os autores que as práticas de educação em saúde são fundamentais para promovê-la. No período de patogênese da doença, identificamos o nível denominado de *prevenção secundária*, no qual tem lugar o diagnóstico precoce e o tratamento das doenças. No nível da *prevenção terciária*, identificamos as ações reabilitadoras para se promover a recuperação da saúde.

Afirmam esses autores que os procedimentos para a promoção da saúde incluem um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano, o atendimento das necessidades para o desenvolvimento ótimo da personalidade, educação sexual e aconselhamento nupcial, moradia adequada, recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho. O aconselhamento para a saúde realizar-se-á em qualquer oportunidade de contato entre o médico e o paciente, com extensão entre os componentes da promoção.

De acordo com Buss (2000, p.166), “trata-se, portanto, de um enfoque da promoção da saúde centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites”.

Esse modelo de atenção à saúde embasou os princípios da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, em 1978, que tinha como meta “A Saúde para todos até o ano 2000”. A proposta derivada

dessa conferência e introduzida no Brasil previa a promoção da saúde, a proteção específica, o diagnóstico precoce, o tratamento das afecções e a reabilitação nas situações específicas. (Rosa, 1989) Esse modelo, denominado cuidados primários de saúde, norteou as práticas de saúde durante a década de 70 até meados de 80.

Buss (2000) defende que as diversas conceituações sobre promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro, as atividades nesse terreno consistem na transformação do comportamento dos indivíduos, tendendo a concentrar-se em elementos educativos relacionados com comportamentos de risco passíveis de mudança. Por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, a atividade física.

No segundo, que caracteriza a promoção da saúde moderna, tem-se a constatação dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, sustentada no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida. Suas atividades estariam voltadas ao coletivo através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades. Esse grupo é o que vem norteando as atividades de cunho preventivo desde a década de 90.

Abordaremos a seguir a prática de promoção da saúde que se estabeleceu enquanto a prática preventiva mais preconizada no meio da saúde coletiva.

Educar, uma perspectiva para a promoção da saúde

As práticas educativas em saúde freqüentemente têm consistido num momento específico das práticas de promoção da saúde. Atribuem aos indivíduos a responsabilidade pelo seu processo saúde-doença, cuja gravidade variará em função do

maior ou menor nível de educação, isto é, segundo sua capacidade de prevenir males físicos por meio de comportamentos e hábitos de higiene.

Essa premissa, durante muito tempo, norteou as práticas de educação em saúde entre os trabalhadores dessa área. Gastaldo (1997) denominou-a de “educação em saúde tradicional”; sendo desenvolvida sob a influência da teoria da prevenção da doença, a saúde é percebida como uma responsabilidade pessoal. Tradicionalmente, a educação em saúde tem sido considerada como uma prática positiva a ser integrada aos cuidados de saúde, pois veicula informações e sugere alternativas para indivíduos, famílias ou grupos em termos de prevenção à doença e de promoção da saúde.

Encontramos em Rosen (1994) um breve histórico de como nasceu a educação em saúde que vem corroborar a tese acima. No final do século XIX, as agências de saúde oficiais e voluntárias dos Estados Unidos viram-se envolvidas em um programa de educação: para promover a saúde e prevenir a doença era necessário acabar com a ignorância. Esse movimento para divulgar informação e orientações em saúde continuou durante o século XX. A chama inicial da educação em saúde nasceu do movimento antituberculose em 1904, através de exposições sobre a doença a fim de despertar o interesse do público. A Primeira Guerra Mundial acelerou a evolução da educação em saúde e definiu o cenário de seu crescimento principalmente em relação às doenças venéreas. Em meados do século criou-se a Organização Comunitária para Educação em Saúde, influente até hoje no programa de Educação em Saúde nos Estados Unidos. Essa ideologia da transmissão de conhecimento através da informação para garantir uma vida saudável norteou os programas de educação em saúde no início do século em nosso país.

Em Melo (1976) observa-se uma crítica à prática da educação em saúde que se reduzia à propaganda e informação, distribuindo noções de higiene e regando a vida da população.

Rosa (1989) argumenta que a educação em saúde no Brasil tem suas origens no século XIX, inspirada nos princípios de higiene e ensinada com a finalidade de criar hábitos sadios.

Durante as primeiras décadas do século XX, identificamos que a realização das atividades de educação em saúde nos serviços básicos está impregnada de uma metodologia de transmissão do conhecimento. A partir dos anos 80, a metodologia utilizada pelos profissionais da saúde assume pressupostos diferentes, adotando características problematizadoras como método de trabalho. Essa mudança ocorreu devido ao movimento de Reforma Sanitária em nosso país, que apontou a necessidade de se repensar o processo saúde-doença como resultante de determinantes sociais e de entender a educação como instrumento de apreensão e compreensão dessa realidade.

Gastaldo (1997) denomina essa outra forma de realizar a prática educativa em saúde de “educação em saúde radical” e argumenta que o enfoque dessa proposta está comprometido com o combate às desigualdades sociais de forma ampla e promove a participação comunitária em questões relativas à saúde. De acordo com esse referencial, diz a autora: “...a educação em saúde tem se constituído numa prática que capacita indivíduos e grupos a se auto-organizarem para desenvolver ações a partir de suas próprias prioridades...”(Gastaldo,1997,p.149).

Compartilhando da idéia de que os programas de educação em saúde estão comprometidos, em sua estratégia de ação, com o exercício da cidadania, encontramos

as considerações de Dilly e Jesus (1995, p.107) em relação a esse novo olhar que as práticas educativas em saúde assumiram. Dizem elas:

“... chegamos à conclusão de que, para conquistar as condições necessárias à manutenção, promoção, prevenção e recuperação da saúde, se deve exercitar a cidadania, se fazer presente nos momentos das decisões que nos afetam direta ou indiretamente, opinar, questionar, reivindicar. Enfim, é preciso o conhecimento e o exercício dos direitos e deveres do cidadão...”.

Entendemos que as práticas preventivas se confundem em alguns momentos com as educativas, mas não se esgotam nelas; isso demonstra a importância das mesmas nas estratégias preventivas.

Com base nessas considerações traçadas acerca da evolução teórica do referencial sobre saúde e sua influência nas práticas estratégicas de saúde, nos encaminhamos para situar as práticas preventivas em saúde dos idosos, articulando assim o referencial e o problema de pesquisa.

2.3 Saúde e sociedade: a transição demográfica e epidemiológica no Brasil

A partir das décadas de 40 a 60, o Brasil vem num processo de transição demográfica e epidemiológica. Devido à diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, configurou-se um aumento da presença de adultos e idosos na população. Conforme Monteiro (1995), a população de zero a vinte, nesta e nas próximas décadas, terá taxas de crescimento reduzidas ou até negativas, ao passo que a população de 65 anos crescerá a taxas elevadas.

Monteiro e Alves (1997) contribuem com dados significativos em relação às diferentes taxas de crescimento que mostram o recente e rápido envelhecimento da população brasileira por conta do ritmo mais acelerado do crescimento da população de

idosos; afirmam que, entre 1940 e 1991, o crescimento da população de idosos se manteve bem acima dos outros grupos de idade, chegando a ser de 4,4 % entre 1970 e 1980, enquanto grupos populacionais com idades de 20-39 e de 40-59 anos mantiveram um ritmo estável de crescimento, entre 2,5 e 3,3 % ao ano.

Para Veras (1994), os atuais idosos brasileiros são os que conseguiram sobreviver a condições adversas, os menos pobres do conjunto da sociedade, os que se concentram nas grandes cidades e nos bairros com maiores facilidades de acesso aos serviços de saúde.

Soares (2000) analisa que a transição está longe de apresentar uma evolução em direção a um futuro melhor, devido a uma combinação perversa de avanço para poucos e retrocesso para muitos. Os anos 90 apresentaram uma distribuição de renda mais concentrada que ao final dos anos 70, aumentando o percentual da população em extrema pobreza. O desmonte imposto às políticas sociais é um outro determinante da degradação das condições de vida de grupos populacionais cada vez maiores. O descaso com o saneamento básico e a adoção de políticas de saúde propiciou a volta de doenças consideradas eliminadas denominadas reemergentes, como a cólera e o aumento do número de casos de tuberculose.

Assim a transição demográfica tem nítida relação com a transição epidemiológica; com o aumento da população acima de 65 anos, passamos de um quadro caracterizado pela alta prevalência *de* mortalidade *por* doenças infecciosas, típico da população infantil, para um quadro em que passam a predominar as doenças crônico-degenerativas, também chamadas, modernamente, de doenças de longa duração.

Diante desse quadro, o setor público vê-se na necessidade de investir em políticas públicas, principalmente de saúde, para atender essa parcela de excluídos que aumentou após a globalização imposta pelo países ditos de primeiro mundo.

Assim, segundo comentário de Monteiro (1995, p.76):

“... uma proporção crescente de idosos representa, sem dúvida, alterações nos arranjos domésticos, na inserção no mercado de trabalho, nas necessidades de acesso ao atendimento em saúde, educação, transporte, lazer e vários outros benefícios sociais. Há que se rever prioridades na alocação de recursos públicos e re-equacionar o sistema previdenciário.”

A estrutura etária vigente apresenta políticas públicas voltadas a serviços de creche, atenção à saúde da criança e adolescente, nas quais se identifica a necessidade de qualificação desses projetos e não de aumento da cobertura de tais serviços. Por parte da população adulta, a pressão dá-se em torno da área do emprego. O desafio está no aumento da longevidade, que apresenta a necessidade de se pensar em políticas de atenção à saúde e cobertura previdenciária adequada para os próximos anos.

Compartilhando a idéia de desafio, Veras (1994) analisa que o país apresenta uma configuração heterogênea em sua estrutura social, econômica e demográfica e para tanto, no planejamento de ações, há que ser considerada essa heterogeneidade, pois, onde quase não existem serviços e programas sociais para o idoso, aqueles de baixo poder aquisitivo tendem a uma pior qualidade de vida e a morrer mais cedo.

Frente a esse quadro podemos nos questionar sobre quais práticas e políticas em saúde mais se coadunam com esse perfil populacional. Acreditamos que se faz necessário (re)discutir a relação envelhecimento e saúde, valores sociais relativos ao “corpo útil” e à sustentação de novas ideologias que (re)humanizem o sentido da vida.

2.4 O desafio de educar para prevenir em saúde do idoso: limites e possibilidades no campo das imunizações

As práticas de imunização no público infantil têm uma boa adesão da população em geral, devido à diminuição de doenças (imunopreveníveis) que ocorreu a partir da metade do século passado. Podemos citar como exemplo a erradicação da varíola, que assolou o mundo durante muitos anos, a eliminação da poliomielite das Américas e o controle da diminuição do número de casos das doenças infectocontagiosas (difteria, coqueluche, sarampo, tétano). Essa situação epidemiológica vem contribuindo para a diminuição da mortalidade infantil no país, principalmente, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), que apresenta o menor índice de mortalidade infantil.

A imunização em adultos, principalmente em idosos, é uma estratégia nova, um desafio a ser enfrentado pelos trabalhadores que atuam em saúde coletiva. Um aspecto a ser observado é que muitos idosos nunca foram vacinados em sua vida, o que possivelmente dificulta a utilização dos recursos de imunização. Assim, acreditamos, é preciso investigar concepções e mitos populares existentes em relação à adoção da prática de vacinação entre adultos e idosos.

Costa (1985, p.63) faz em seu livro um relato das políticas sanitárias e da resistência popular no início do século XX, destacando que “... o combate à varíola implicou também em uma intervenção direta sobre o corpo através da vacina. Além disso, existia o medo generalizado dos possíveis efeitos iatrogênicos da vacina”. Quando o governo da época promulgou o uso obrigatório da vacina da varíola, ocorreu uma mobilização popular importante, conhecida como *A Revolta da Vacina*, que desencadeou conflitos diretos entre polícia e populares. Quando os militares aderiram à

revolta, decretou-se estado de sítio, sufocando-se o movimento, porém a lei da vacinação obrigatória não entrou em vigor.

Situação semelhante encontramos atualmente em relação ao medo dos possíveis eventos adversos pós-vacinação, que, acreditamos, circula como pensamento comum entre os idosos.

O incremento da imunização em adultos movido pelas circunstâncias de prevenir o tétano, pneumonias, influenza e suas complicações, responsáveis pelo aumento das internações hospitalares, resultou na implantação de novas vacinas que não faziam parte do Programa Nacional de Imunizações, ampliando a abrangência de recursos imunobiológicos para essa população específica.

Em 1997, a Secretaria Estadual da Saúde (SES) implantou a vacina contra influenza através de uma Campanha de Vacinação destinada à população a partir de 65 anos, tendo como critérios de escolha os portadores de doenças respiratórias e/ou cardiovasculares.

Devido à importância dessa vacinação entre os idosos na prevenção das complicações advindas da gripe, diminuindo os óbitos e as internações hospitalares, propôs-se em 1998 outra campanha de vacinação, dessa vez para a população acima de 65 anos de forma indiscriminada. Por motivos técnicos essa campanha foi suspensa.

O Ministério da Saúde (MS) no ano de 1999 editou em todo o território nacional uma ampla campanha de vacinação para idosos a partir de 65 anos. As vacinas preconizadas foram a dupla adulta (tétano e difteria) e a vacina contra influenza para prevenção das complicações da gripe. Para idosos residentes em casas geriátricas ou hospitalizados, destinou-se também a vacina contra o pneumococo para prevenção da pneumonia.

A campanha de 1999 foi considerada pelo MS um sucesso, segundo dados emitidos no boletim editado pelo grupo de vigilância epidemiológica da gripe; a cobertura vacinal ficou em torno de 87% (7,5 milhões de idosos vacinados) em todo o país (Aranda 2000). No Rio Grande do Sul a cobertura vacinal ficou em torno de 80% e no município de Porto Alegre foi de 86,9% (Porto Alegre,1999), coberturas essas consideradas excelentes, visto que, nos países do hemisfério norte, nunca ultrapassaram os 60%.

No ano 2000, o MS reeditou-a, ampliando a faixa etária para 60 anos e mais, mas a cobertura vacinal foi baixa em Porto Alegre - 65,49% - se considerarmos a meta de 100% da população acima de 60 anos. O MS preconizou como meta 70% da população acima de 60 anos e atingiu-se 95,38% de cobertura vacinal. (Porto Alegre, 2000)

Em função desses resultados, a coordenação estadual da campanha realizou um processo de avaliação da cobertura vacinal. Técnicos das secretarias municipais de saúde, representando vários municípios do interior do estado, focalizaram como principal ponto de discussão a baixa cobertura vacinal e suas possíveis causas.

Entre os argumentos enumerados para a baixa adesão à prática de vacinação contra influenza pelos idosos, foi destacada a pouca informação sobre a eficácia da vacina, seus possíveis eventos adversos e a diferença entre os sintomas da gripe e do resfriado (um dos motivos que alegam os idosos para não receberem a vacina é que ela causa a gripe), acarretando na baixa adesão à vacinação.

Os técnicos relataram que, entre os idosos, são trocadas informações sobre a sua história vacinal e opiniões acerca da vacinação. Dizem eles:

“... que esta vacina o governo implantou para matar os aposentados, diminuindo os custos do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)...”,

“...no ano anterior receberam a vacina e mesmo assim apresentaram gripe...”,

“...que ficaram sabendo de pessoas que receberam a vacina e tiveram uma reação forte...”.

Contribuindo com essas informações, encontramos em um jornal da cidade a seguinte manchete: “Vacinação enfrenta preconceitos”. Essa matéria foi produzida no município de Pelotas, onde a coordenadora da campanha comenta que as grandes barreiras enfrentadas pelas equipes da secretaria têm sido o medo das pessoas de se vacinarem e a confusão entre gripe e doenças parecidas, raízes dos comentários de que a vacina não funciona. E Thumé (2000, p.21) acrescenta que “os boatos de que a vacina enfraquece em vez de proteger espalharam-se entre a comunidade e estão fazendo com que as pessoas não queiram se vacinar”.

As discussões e questões aqui levantadas orientam nosso problema de pesquisa para destacarmos os propósitos deste estudo, calcados na inexistência de estudos locais que avaliem o impacto da vacinação contra influenza e que discutam razões de adoção e rejeição dessa prática na população de idosos.

Tratando-se de uma estratégia de prevenção, acreditamos que, analisando as práticas implementadas e as atitudes da população, possamos avaliar criticamente as formas com que temos investido em saúde coletiva.

2.5 Objetivos da investigação

Apresentar um estudo de tendência temporal sobre o impacto da implantação da vacinação contra influenza na casuística da morbidade através das internações hospitalares e nos óbitos por pneumonias na população acima de 65 anos no município de Porto Alegre, no período de 1995 a 2001, tendo como marco de análise o ano de 1999 em que foi implantada regularmente a vacinação contra influenza.

Identificar e interpretar as práticas de prevenção em saúde que estão sendo adotadas pelos idosos em estudo, a partir da análise das concepções e atitudes concretas dos mesmos frente ao processo saúde-adoecimento, particularizando, o uso dos imunobiológicos, no caso, a vacina contra influenza.

Os objetivos são complementares e visam a contribuir para o fortalecimento e credibilidade social das práticas preventivas em saúde do idoso particularmente.

3 MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

3.1 Tipo de estudo

Em um primeiro momento foi realizado um estudo de tendência temporal para o levantamento da série histórica da morbimortalidade por pneumonias na população acima de 65 anos, no período de três anos anteriores à implantação da vacina contra influenza, que data do ano de 1999, e dois anos após a sua implantação na cidade de Porto Alegre.

O estudo de séries temporais em que uma mesma área ou população é investigada em momentos distintos de tempo costuma ser classificado como um subtipo de estudo epidemiológico do tipo ecológico. Esse tipo de estudo de tendência histórica é empreendido para avaliação das medidas de controle das doenças ou para detecção de mudanças na estrutura epidemiológica da doença considerada (Almeida Filho, 1999).

A base de dados para a morbidade foi a Autorização de Internação Hospitalar do SUS (AIH) de Porto Alegre, que tem como fonte de registro a identificação do hospital, a causa da internação, as faixas etárias e o custo para o sistema de saúde, esses dados encontrando-se condensados no sistema denominado Tabwin.

Para o estudo da mortalidade, a base de dados foi o Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), que tem como fonte de registro a Declaração de Óbito (DO) ocorrido no município de Porto Alegre.

Em um segundo momento, associado ao estudo epidemiológico, foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, utilizando a entrevista estruturada para a coleta de dados visando a conhecer e compreender o grau de informação, as concepções e atitudes dos idosos acerca do processo saúde-doença e as práticas preventivas adotadas, privilegiando a proteção específica configurada na prática de vacinação. A entrevista realizou-se com o auxílio de um instrumento-guia (ANEXO A).

Foram selecionados aleatoriamente 30 idosos que freqüentam o serviço de geriatria da US Santa Marta. O número de idosos foi definido considerando-se os estudos franceses e, particularmente, de Vergès, que sugere esse número de sujeitos como adequado à obtenção da saturação dos dados coletados (Vergès, 1991/1992). Esse referencial é bastante utilizado para coleta de dados em estudos de representações sociais.

No que se refere às motivações em vacinar-se ou não, desenvolvemos, paralelamente à campanha de vacinação dos idosos em 2001, uma enquete com 108 idosos no Mercado Público de Porto Alegre, onde havia uma sala de vacinação, com o objetivo de aproveitarmos o momento da campanha, o que posteriormente complementaríamos com os resultados obtidos através das entrevistas. Isso agregou um universo maior de idosos especificamente nesse aspecto.

Portanto, obtivemos respostas sobre esse tema de 138 idosos, se computarmos os 108 da campanha e os 30 selecionados nas entrevistas.

A opção por um estudo híbrido baseia-se no que sugere Minayo (1997, p.22) ao referir que “O conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem, ao contrário se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”. Essa argumentação e o tema a ser

estudado, acreditamos, nos impuseram uma abordagem plural no sentido de captarmos a complexidade da questão a ser analisada.

3.2 População

A população em estudo é usuária dos serviços públicos de saúde, ou seja, do Sistema Único de Saúde (SUS), e se encontra na faixa etária acima de 65 anos. Essa faixa etária escolhida encontra-se relacionada no grupo de risco mais suscetível para as complicações respiratórias que estão associadas ao vírus da influenza, conforme o Centers for Disease Control and Prevention (CDC,1998), por isso a indicação do uso da vacina contra influenza.

No estudo qualitativo ampliamos a faixa etária e investigamos a partir de 60 anos, para abrangermos amplamente as diferentes possibilidades de práticas preventivas adotadas pelos idosos.

3.3 Coleta de dados

Os dados de morbidade e mortalidade do estudo da série temporal foram coletados do sistema Tabwin e do Sistema de Informação em Mortalidade(SIM), respectivamente.

No Tabwin os dados estão disponíveis a partir do ano de 1995 até setembro de 2001, momento em que coletamos os últimos dados (dezembro de 2001). Esses dados estão disponíveis no site do DATASUS, e, para acessá-lo, é necessário um softwear específico. A coleta desses dados foi realizada nas dependências da Gerência de Regulação de Serviços do SUS, da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMS), com o auxílio de um servidor habilitado no manejo de acesso aos dados.

No SIM os dados estão disponíveis a partir de 1996; até dezembro de 2001, os dados eram preliminares. A coleta de dados fez-se nas dependências da Equipe de Informação (CEDIS) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) da SMS, através do auxílio de uma servidora habilitada no acesso aos dados de mortalidade.

Quanto aos dados qualitativos, estruturaram-se as perguntas abertas com o objetivo de conhecer e compreender o grau de informação, as idéias e comportamentos dos idosos acerca do processo saúde-doença e suas práticas de prevenção. As perguntas fechadas foram relacionadas a dados sócio-demográficos, ao bairro de procedência, sexo e idade. Esses dados coletaram-se no período de outubro a novembro de 2001, após a autorização do Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde.

As entrevistas ocorreram no ambiente de espera das consultas de geriatria. De um modo geral os idosos foram receptivos a essa intervenção, facilitando o processo de coleta de dados. Procedia-se primeiro a uma conversa informal e, no decorrer do diálogo, propunha-se a realização de uma entrevista, que seria gravada e mantida sob sigilo. Aos que aceitavam participar do estudo, fazia-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo entrevistador e pelo entrevistado. Após era escolhido um nome fictício e a entrevista se concretizava. Apenas uma idosa, durante a entrevista, mostrou-se melancólica, os demais demonstravam bastante otimismo em relação a seu cotidiano.

As entrevistas foram levadas a termo tão somente pela autora deste estudo.

3.4 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente pelo programa Statistical Package for Social Science (SPSS 8.0 for windows). Utilizamos a assessoria do Núcleo de Apoio Estatístico da UFRGS (NAE), que constou de três momentos:

orientação sobre os dados necessários, confecção da tabela de dados e análise dos dados.

As entrevistas foram gravadas e transcritas para que se processasse o trabalho de análise de conteúdo temático proposta por Minayo (1996). Esse tipo de análise é descrito em três etapas: organização, classificação das informações e análise final. Na fase de organização (ordenação do material), procede-se à transcrição da fita e leitura do material para a familiarização com o seu conteúdo. Na classificação, passa-se à leitura exaustiva e repetida do material, para compreender melhor as informações coletadas e a identificação das idéias centrais e dos aspectos relevantes. Finalmente, procede-se à identificação do conteúdo subjacente ao que é manifestado. Além das informações estatísticas, fica-se atento a questões ideológicas, tendências e outras questões referentes ao objeto de estudo.

Assim, as questões do instrumento-guia da entrevista forneceram a base da categorização temática que, associada à literatura e ao referencial teórico adotado, compuseram as análises.

Primeiramente fez-se o processo de pré-análise do conteúdo, o qual se construiu a partir das respostas dos idosos em relação às questões formuladas sobre a concepção de saúde, cuidados com o corpo, atividades realizadas e a prática de vacinação.

A análise final originou a formulação de três categorias que emergiram das questões formuladas no instrumento-guia; as subcategorias emergiram das respostas dos idosos, após leitura exaustiva e compreensão das falas.

A primeira categoria denominou-se “o processo saúde-doença”, as subcategorias “dimensão biológica, social e bio-sócio-cultural”. A segunda denominou-se

“cotidiano e corpo” e as subcategorias “imagem do corpo”, “mídia e dieta”, “medicalização do corpo” e “lazer e trabalho”. A terceira categoria analisada chamou-se “vacinar-se ou não” – as motivações entre os idosos dando origem às subcategorias “noção normatizadora”, “noção preventiva” e “influências dos meios de comunicação formal e informal”.

3.5 Considerações éticas

Obedeceu-se aos princípios éticos em relação ao acesso e análise dos dados, respeitando as normas de pesquisa em saúde referidas pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. (Brasil, 1996)

Conforme a Resolução supracitada, o presente estudo constitui-se em uma pesquisa que envolve seres humanos e que, portanto, deve atender às exigências éticas e científicas fundamentais. A eticidade da pesquisa implica no consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvos e na proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes; no compromisso em oferecer o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; na relevância social da pesquisa com vantagens significativas aos sujeitos do estudo.

Para respeitar esses princípios, os idosos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e como seria realizada, após lhes foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), no qual constou a assinatura do entrevistado mediante a ciência do conteúdo desse documento e sua autorização.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre para apreciação e aprovação, através de documento elaborado

pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Após apreciação e aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, em outubro de 2001, iniciaram-se as entrevistas no serviço de geriatria da US Santa Marta e coletaram-se os dados secundários após autorização dos servidores responsáveis pelo fornecimento das informações.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS - PARTE I

4 VACINAR-SE É PRECISO? ADESÃO E CREDIBILIDADE SOCIAL DA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA ENTRE OS IDOSOS

4.1 A vacina, aspectos técnicos e epidemiológicos

A influenza, também denominada gripe pelos leigos, constitui importante causa de morbidade e mortalidade, principalmente em pessoas idosas e em pacientes com cardiopatias e/ou pneumopatias crônicas.

As principais manifestações clínicas são as seguintes: “...febre, calafrios, cefaléia, mal-estar geral, anorexia, mialgias, tosse seca, coriza hialina, hiperemia conjuntival e da orofaringe...”(Amato Neto,1991).

A transmissão do vírus da influenza dá-se por contato direto, através de gotículas nasofaríngeas, ocorrendo nas 24 horas que precedem o aparecimento dos sintomas e durante todo o período de estado da doença. O período de incubação da influenza dura de um a três dias.

A doença é mais freqüente em crianças, mas as complicações pulmonares são mais comuns em adultos, sendo constituídas por pneumonia primária pelo próprio vírus, pneumonia bacteriana secundária ou pneumonia mista (viral e bacteriana).

Segundo o Rio Grande do Sul (1997), em dados obtidos da norma técnica de vacinação contra influenza, encontramos o seguinte:

“As infecções respiratórias agudas representam um grave problema de saúde pública devido à elevada morbidade e mortalidade, principalmente no grupo de idosos. A influenza é a virose respiratória que mais contribui para o agravamento de doenças respiratórias neste grupo populacional, aumentando assim a mortalidade”.

Em relação ao aspecto da imunização, encontramos os seguintes tipos de vacinas contra influenza: vacinas de vírus inativados contendo o vírus completo, vacinas contendo frações virais, vacinas contendo antígenos de superfície do vírus e vacinas de vírus atenuado.

Em nosso meio, utilizamos a vacina composta de três cepas do vírus, fracionados e inativados. Todo o ano a composição é atualizada segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em nosso país, no Estado de São Paulo, existe uma organização não governamental (ONG) chamada Projeto VigiGripe, que realiza a vigilância epidemiológica do vírus da gripe. Através de parcerias com as secretarias municipais de saúde, determinados profissionais, após um treinamento específico, realizam a coleta de swab da região nasal das pessoas que apresentam a sintomatologia da gripe. O swab é acondicionado num tubo de ensaio sob congelamento e enviado para essa ONG que, em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz, Instituto Adolfo Lutz e Instituto Evandro Chagas, realizam a identificação e caracterização do vírus da influenza. O VigiGripe contribui para que os dados provenientes do Brasil tenham maior representatividade na rede mundial de vigilância coordenada pela OMS. Semanalmente podemos acompanhar a atualização da vigilância epidemiológica do vírus da gripe através do site do VigiGripe.

A eficácia das vacinas varia com a idade, o tempo após a vacinação, a imunocompetência do receptor e o grau de similaridade entre as cepas contidas na

vacina e aquelas que estão circulando na comunidade. Idosos geralmente desenvolvem menores títulos de anticorpos do que crianças e adultos, entretanto, a vacina proporciona uma proteção razoável contra as complicações, hospitalizações e óbitos, 50 a 95% (Bricks, Resegue e Rodrigues, 1997).

Os eventos adversos mais comuns descritos são “...reações locais como hiperemia, edema e dor, com duração de um a dois dias, poucas vezes se observam reações sistêmicas (febre, mal-estar geral, mialgias)” (Amato Neto, 1991). Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre revelam que, no ano de 1999, foram notificados 12 casos de eventos adversos num universo em torno de 80 mil doses aplicadas. No ano de 2000, notificaram-se 15 casos após aplicação de quase cem mil doses. O que demonstra a segurança desta vacina devido a sua baixa reatogenicidade.

Bricks, Resegue e Rodrigues (1997) em uma revisão científica sobre a vacina contra influenza afirmam que as vacinas contendo o vírus total inativado e as vacinas contendo apenas subunidades não são infecciosas e não causam influenza, portanto, o surgimento de doença respiratória aguda após a vacinação é casual e não tem relação com a vacina.

4.2 Vacinar-se ou não: as motivações entre os idosos

Encontramos uma frequência significativa de idosos que recebem a vacina contra influenza, desde que iniciaram as campanhas de vacinação. No universo dos trinta entrevistados, vinte e cinco recebem a vacina e apenas cinco não admitem ser vacinados contra influenza. Encontramos diferentes motivações que levam à adesão ou não a essa prática.

Os resultados encontrados nas entrevistas foram relacionados aos dados da enquete que realizamos para investigar as motivações existentes entre os idosos em aderir ou não a essa prática preventiva, durante a Campanha de Vacinação dos Idosos do ano 2001, na sala de vacinas montada para esse fim na sede do Mercado Público, em Porto Alegre.

Dessa enquete com 108 idosos, 57 responderam que recebem a vacina anualmente e 51 se recusam a receber a vacina contra influenza.. Os motivos de adesão e recusa veremos na análise das subcategorias.

Portanto, reunindo os dados das entrevistas realizadas entre os 30 idosos do estudo qualitativo e os da enquete, obtivemos um universo de 138 idosos, no qual 82 aderiram à prática da vacinação e 56 se recusam a aderir a essa prática. Esses números representam, em percentuais, 59% de adesão e 41% de recusa. Essa constatação mostra que existe um espaço de intervenção dos serviços trabalhando no sentido de mudar esses índices.

A partir da categorização temática, encontramos três subcategorias que nortearam as motivações relatadas pelos entrevistados; a seguir analisamos cada uma delas.

A noção normatizadora: “é obrigatório”

A noção normatizadora que permeia historicamente as práticas em saúde, sejam elas de cunho educativo ou assistenciais, está presente na fala dos idosos, ao referirem as razões de realizarem ou não essa prática preventiva.

Entre os motivos de recusa da vacinação, encontramos o poder exercido pelos médicos sobre os corpos dos indivíduos, criando uma relação de dependência, através de orientações norteadoras de um comportamento. Dizem eles que não aderem à prática de vacinação quando o médico contra-indica:

“O meu médico cardiologista diz que não devo fazer a vacina. Até eu perguntei para ele, por que, doutor? ‘Não, não faz, não vai fazer. A gripe todos os anos muda, não é a mesma’”(Aurora).

“... fiz uma vez e fiquei gripada, então meu médico homeopata disse que eu nunca mais fizesse” (Elisa).

Entre os motivos de se receber a vacina, encontramos claramente a tendência normatizadora das práticas preventivas, quando demonstram uma preocupação com o julgamento do médico ou do porquê vão fazer a vacina apenas por “a pedido” do médico. Como diz Maria:

“Eu quase não me gripo, mas eu pensei, tem a vacina prá gente se vacinar, né! Se eu não me vacinar e me dá uma gripe forte, daí eu vou ao médico, o que é que o médico vai dizer? A senhora fez a vacina? Não fiz, e agora...”

A questão normatizadora da obrigatoriedade para incorporar práticas preventivas fica evidenciada no século XIX, quando da descoberta da vacina contra a varíola, quando, na Grã-Bretanha de 1853, era compulsório a vacinação, depois na Bavária, Dinamarca, Suécia, Württemberg e Prússia. Na Grã-Bretanha, logo foi criada uma

sociedade para impedir o caráter compulsório da vacinação contra a varíola. Em 1899, os pais podiam questionar a vacinação, mas somente em 1948 foi suspensa a vacinação compulsória das crianças, continuando a voluntária (Gordon, 1997).

No Brasil, temos o famoso episódio denominado *A Revolta da Vacina*, quando, no início de 1900, o governo tentou criar uma lei de obrigatoriedade para realização da vacina contra a varíola, desencadeando um movimento popular contrário a essa medida, que culminou no enfrentamento do povo com a polícia, resultando até mesmo em mortes e em que o governo suspendesse a citada lei (Costa, 1985).

Esses episódios estão fundamentados em uma prática de promoção da saúde baseada na educação que tenta regar a vida das pessoas através da metodologia da transmissão do conhecimento, prevalente desde o início do século XX, conforme vimos em Rosa (1989).

A noção preventiva: “é eficaz”

A noção preventiva está presente significativamente na maioria das respostas, tanto nos motivos que levam os idosos a receberem a vacina, como nos motivos de não aderir à mesma.

Essa noção de prevenção, podemos apontar-lhe a origem na descoberta da bacteriologia e imunologia datada dos finais do século XIX e que foi sendo incorporada ao longo dos anos pela população em geral.

Autores como Gastaldo (1997) nos auxiliam na compreensão de que, provavelmente, esse conhecimento ocorreu pela ênfase que sempre foi dispensada aos programas de educação em saúde, desenvolvidos sob a influência da teoria da prevenção da doença, e nos quais a saúde é percebida como uma responsabilidade pessoal. Tradicionalmente a educação em saúde tem sido considerada como uma prática

positiva a ser integrada aos cuidados de saúde, pois veicula informações e sugere alternativas para indivíduos, famílias ou grupos em termos de prevenção à doença e de promoção da saúde.

Encontramos com uma maior frequência dez respostas entre os vinte e cinco idosos que responderam positivamente pelo fato de não terem tido mais gripe. Vejamos alguns relatos sobre essa afirmativa. Segundo Verônica: “Fiz a vacina para não ficar gripada, seguido eu ficava gripada. Foi muito bom prá mim, adorei”. Lucrécia diz: “Fiz a vacina para prevenir; antes da vacina, quando tinha gripe, ia para a cama, agora não. Temos que manter a saúde”. Carlinda argumenta: “Fiz a vacina para evitar a gripe, para não ficar abatida, antes tinha muita gripe”. Já Neida foi categórica em seu depoimento; diz ela: “Fiz a vacina para não gripar e não me gripei, né! Depois que eu tô fazendo a vacina não me gripei mais. Não tive nem ameaça da gripe”.

Para confirmar o principal motivo de receber a vacina contra influenza, nesse grupo, o estudo realizado durante a campanha de 2001 revelou que, entre os 108 participantes, dos 57 idosos que responderam positivamente à enquete, 14 afirmaram que o motivo mais freqüente para se vacinarem é “porque não tiveram mais gripe”, 13 respostas indicaram que é para “prevenirem a gripe”, 7 responderam que “acreditam no efeito” e 6 responderam que é para “não se resfriarem”.

Outro motivo que encontramos, significativo, (quatro respostas), em relação à adesão à prática da vacinação, foi o seguinte: *para não ter gripe forte, apenas uma gripe fraca*. Aqui ainda se faz presente a noção da prevenção, pois mesmo ficando “gripados”, não se evidenciaram mais as complicações advindas de uma gripe. Verificamos tais afirmações nos relatos seguintes. Rosa diz: “ Faço a vacina para não ter aquelas gripes fortes, não é! Eu tenho tido assim, começa a gripe e, em dois dias, não

tenho mais...”; Lúcia comenta: “Vivia sempre gripada, ultimamente tô boa, tem uma gripezinha só, vem, mas não fica. São três anos que é uma beleza, isto foi bom mesmo”.

Evidenciou-se entre os idosos que fizeram a vacina e mesmo entre os que não quiseram fazê-la o objetivo de prevenir gripes, sem no entanto acreditarem nessa vacina. Diz Margarida: “Já fiz quatro vezes, mas sempre que faço a vacina, me dá a gripe pior, pior, dura meses. Não vou fazer mais, passo muito mal...” e Joça reforça dizendo: “Fiz a primeira vez e tive uma gripe pavorosa Não tomei mais e não tomo, prá mim não foi bom”.

Para reforçar essas afirmações, também encontramos no estudo realizado durante a campanha de 2001, que, dentre os 108 que participaram, 51 dos que responderam negativamente à enquete apresentaram uma frequência significativa (10 respostas) de recusa à vacina contra influenza, porque, *após tomarem a vacina, tiveram gripe*, seguida de 4 idosos que não acreditam no efeito da vacina.

Ficou claro que tanto a noção normatizadora quanto a noção da prevenção estão diretamente relacionadas às práticas de educação em saúde que se confundem com as práticas de prevenção em saúde. Revelando uma forte tendência ainda existente nas práticas dos profissionais de saúde de interferirem no corpo dos sujeitos através da transmissão do conhecimento calcada em aspectos informativos apenas.

A influência dos meios de comunicação: formais e informais

Na fala de nossos entrevistados identificamos uma rede de informação sobre saúde que chega até eles, tanto formal, a mídia e os serviços; quanto informal, os vizinhos, os familiares e outros idosos.

Alguns idosos afirmam que foram receber a vacina porque ouviram no rádio ou televisão que havia disponível a vacina contra a gripe. Carlos afirma: “Fiz a vacina

porque eu escuto no rádio, na televisão, que é muito bom e deu certo prá mim, eu não tenho me gripado...”

No artigo de Rondelli (1995), a autora faz uma exposição dos diferentes meios de comunicação para se tratar do tema saúde-doença, das publicações científicas até os programas de entrevistas que utilizam um leigo para “traduzir” o discurso produzido pelo profissional da saúde. Aponta que a televisão, particularmente, aparece como um lugar da amplificação do intercâmbio dos discursos construídos em vários campos do saber, conseguindo socializar algumas informações sobre saúde. Por outro lado, ressalta a dificuldade de encontrar na mídia um comportamento homogêneo em relação à saúde, havendo uma compartimentação e sobreposição dos discursos expressos nos vários tipos de publicações.

Identificamos que existem muitos interesses, de ordem política e social, subjacentes à informação veiculada pela mídia, acarretando muitas vezes informações truncadas, descompromissadas com a realidade. No campo da saúde existe uma prevalência de programas pautados e apresentados de forma dramática, curiosa ou apelativa, em detrimento de programas com cunho informativo e educativo de maneira a elucidar a população, o que dificulta o trabalho realizado pela saúde coletiva.

Outros idosos fazem a vacina porque amigos, parentes e profissionais da saúde a indicaram. Pedro fala: “ Fiz a vacina por recomendação de pessoas que acham que a vacina faz bom efeito. Eu nunca me gripo, mas fiz e não fiquei gripado, estou satisfeito”; Tereza revela: “Fiz a vacina por convite, o posto convidou, eu sempre ficava muito gripada, mas isto é muito bom ... consegui eliminar a gripe”.

Mas há os que não fizeram a vacina contra influenza, entre os idosos, porque ouviram que não adiantava, como afirma Érica em seu depoimento: “Não quis fazer,

uns dizem que é bom, outros dizem que não é. Eu tenho gente da família que fez a vacina e se gripou...”.

Encontramos uma contribuição em Rondelli, quando analisa a estreita relação entre o discurso elaborado sobre o corpo e a cultura:

“O nível de complexidade das elaborações discursivas sobre o corpo depende do repertório que se tem para descrevê-lo, algo estreitamente ligado à cultura ... tais elaborações sustentam-se em padrões de linguagem que são recrutados para descrever esta coisa, a mais próxima do indivíduo, o seu corpo e o corpo do outro” (Rondelli 1995, p.39).

Essas elaborações discursivas passam a funcionar como guia das práticas exercidas sobre o corpo, o que identificamos na construção do nosso problema de estudo, quando lemos em Thumé (2000, p.21) que “os boatos de que a vacina enfraquece em vez de proteger espalharam-se entre a comunidade e estão fazendo com que as pessoas não queiram se vacinar”.

A partir desses resultados discursivos, podemos afirmar que, em nenhum momento, houve referência nos idosos à prevenção das complicações da gripe e sua principal decorrência, a pneumonia.

Isso atesta, ao nosso ver, que as informações veiculadas não contemplam essas complicações e a magnitude que isso representa ao tratarmos de morbimortalidade por pneumonia. A partir disso, podemos afirmar que a desinformação ou a incompletude da informação aliada a outros aspectos são evidentes em se tratando dos processos de imunização em adultos e, em especial, no caso da influenza.

Essa constatação assume maior relevância ao considerarmos o impacto positivo dessa prática de proteção específica em nosso meio, o que nos propusemos a evidenciar ao apresentarmos o estudo da série temporal no próximo item deste capítulo.

4.3 A introdução da vacina contra influenza e seu impacto na morbimortalidade por pneumonia entre idosos, 1995 - 2001, Porto Alegre

4.3.1 O perfil da morbimortalidade por pneumonias de 1995 a 2001: algumas considerações

Dentre os nossos objetivos consta a verificação das mudanças ocorridas no perfil de morbimortalidade por pneumonias, que ocorreram após a implantação da vacina contra influenza em nosso meio, no sentido de discutir não só a eficácia dessa prática, mas também seu impacto na saúde da população idosa, como também subsidiar a discussão sobre as motivações para a adesão advindas da credibilidade social da mesma.

Para possibilitar a verificação dessas mudanças, analisamos os dados de internações hospitalares por pneumonias a partir do ano de 1995, quando da implantação do sistema Tabwin e os dados de mortalidade a partir do ano de 1996, quando da implantação do Sistema de Informação em Mortalidade.

Encontramos, na análise dos dados tanto de morbidade quanto de mortalidade, os seguintes tipos de pneumonias: pneumonias por *Staphylococcus*, outras pneumonias bacterianas, pneumonia bacteriana não especificada, pneumonia não especificada e a broncopneumonia não especificada.

Nos detivemos na análise dos dados referentes às pneumonias, por se tratar de uma doença aguda, que, geralmente, resulta da complicação de uma gripe principalmente entre os idosos. Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC,1998), a vacina contra influenza diminui as internações hospitalares por pneumonia, reduzindo os custos das internações por essa patologia, por isso a indicação da vacina para os idosos acima de 65 anos. Além dos custos, podemos acrescentar as implicações ocasionadas pela hospitalização, o ambiente estranho, a separação da

família e outros laços afetivos, que representam sempre fonte de estresse para o indivíduo.

O Ministério da Saúde, a partir de 1999, introduziu a vacinação contra influenza aos maiores de 65 anos através da Campanha Nacional dos Idosos, ampliando no ano 2000 a faixa etária para a vacinação a partir dos 60 anos. No entanto, optamos por analisar os dados na faixa etária acima de 65 anos, por ser considerada a mais vulnerável às complicações da gripe (CDC,1998).

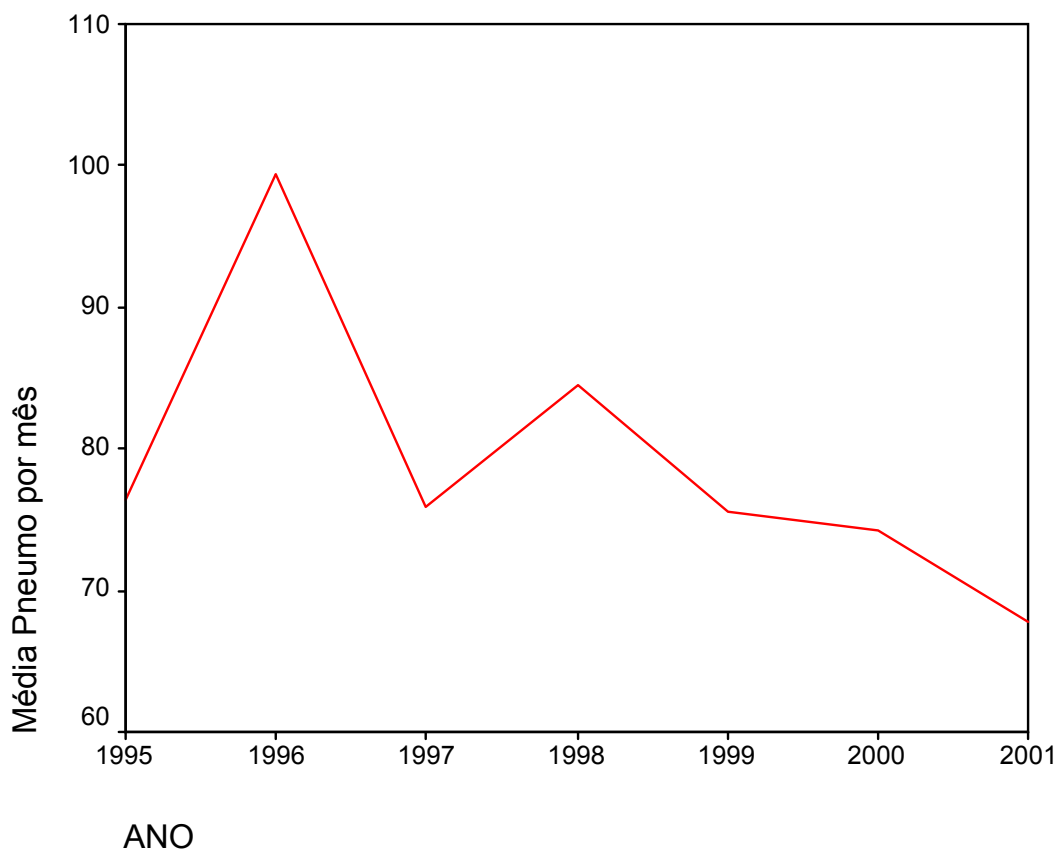
Em nosso município temos a peculiaridade da realização, em 1997, de uma campanha de vacinação contra influenza destinada somente à população na faixa etária de mais de 65 anos e que, comprovadamente, era portadora de doenças cardio-respiratórias.

Para discutirmos o impacto dessa prática em nosso meio, analisamos o banco de dados Tabwin, que condensa os dados referentes às internações hospitalares, obtidos através da AIH (Autorização de Internação Hospitalares) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que apresenta os dados referentes à mortalidade através do atestado de óbito.

Os dados referentes ao ano 2001 são parciais, estendem-se somente até o mês de setembro; os dados totais estarão disponíveis a partir do mês de abril de 2002, o que ocasionaria um atraso na apresentação desta dissertação. Consideramos, porém, que os dados obtidos até o mês de setembro são significativos, visto os casos de pneumonias se concentrarem nos meses de inverno.

4.3.2 O perfil de morbidade por pneumonias após a introdução da vacina contra a influenza de 1995 a 2001

Na figura 1, podemos notar que, no ano de 1997, ocorreu uma queda significativa na média mensal de internações por pneumonias, aumentando em 1998 novamente. A partir de 1999 até 2001, verificamos uma tendência à queda na média das internações por pneumonias.



Fonte: Tabwin, Porto Alegre, pesquisa direta 1995 – 2001(dados parciais).

FIGURA 1 – MÉDIA MENSAL DAS INTERNAÇÕES POR PNEUMONIAS, PORTO ALEGRE, 1995-2001

Analisando a figura um, identifica-se que, antes de 1995, os índices situavam-se em patamares baixos, o que pode ser explicado não pelo baixo índice de pneumonias, mas em razão de que, em 1995, se iniciou o sistema Tabwin; provavelmente, pois esses índices são devidos ao sub-registro, mostrando uma média mensal reduzida, apenas 76 internações mensais.

Em 1997, como já mencionamos, ocorreu em Porto Alegre uma campanha de vacinação contra influenza numa população restrita, ou seja, para maiores de 65 anos e portadores de doença cardíaco-respiratória. Isoladamente, podemos verificar que houve uma queda na média de internações por pneumonias.

No ano de 1998, em que não ocorreu a campanha de vacinação contra influenza, verificamos um aumento dessa média de internações.

A partir de 1999, ano em que efetivamente se estabeleceu a campanha de vacinação contra influenza, constatamos que ocorre uma tendência à queda na média de internações por pneumonia.

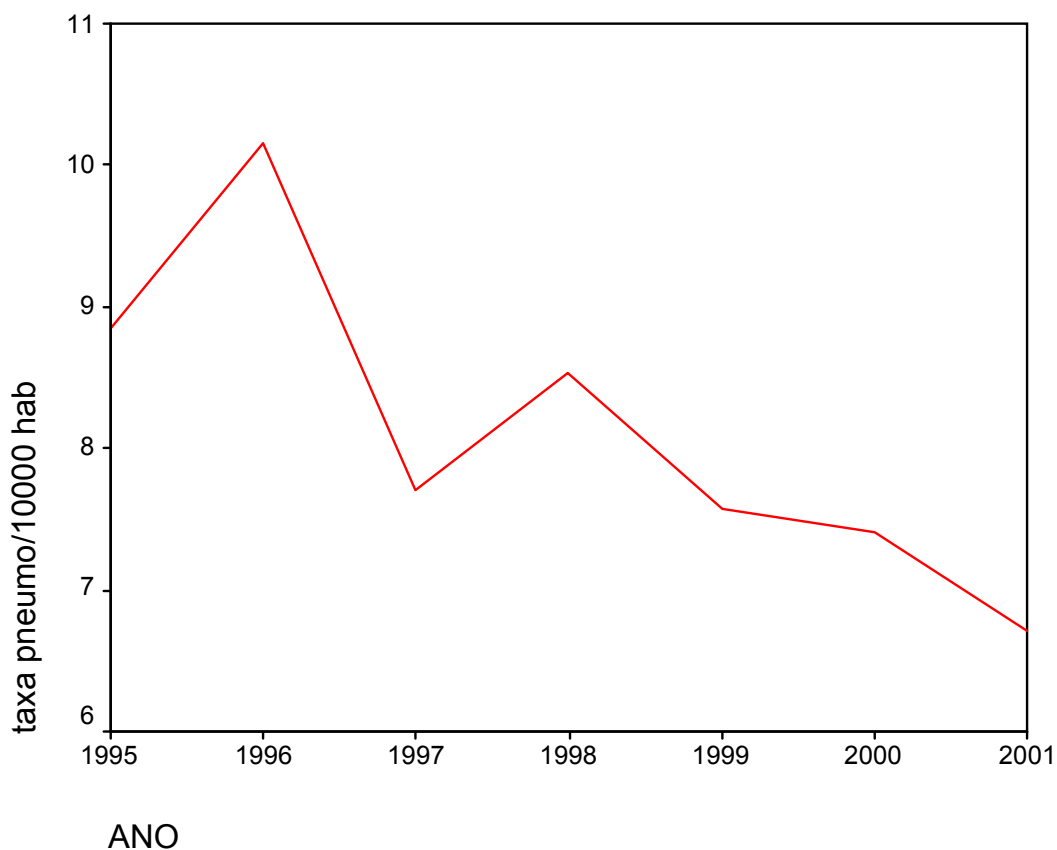
Os dados encontrados confirmam o que encontramos na literatura, mostrando que um dos principais objetivos da vacinação contra influenza é diminuir a gravidade da gripe e, conseqüentemente, complicações tais como as internações hospitalares por pneumonias.

A vacina contra a influenza tem uma eficácia limitada, em torno de 50 a 80%, por ser produzida por apenas 3 tipos de vírus. Esses vírus, mesmo sendo atualizados anualmente, não são os únicos, pode ocorrer no meio ambiente a circulação de um tipo de vírus não existente na composição da vacina, resultando na moléstia. Mesmo assim, seu impacto é significativo na presença desses eventos.

A figura 2 demonstra a taxa de internações por pneumonias em cada dez mil habitantes e revela semelhante comportamento em relação aos dados da figura 1.

No ano de 1997 ocorreu uma diminuição na taxa de internações hospitalares por pneumonias em cada dez mil habitantes, verificando-se novamente o seu aumento em 1998.

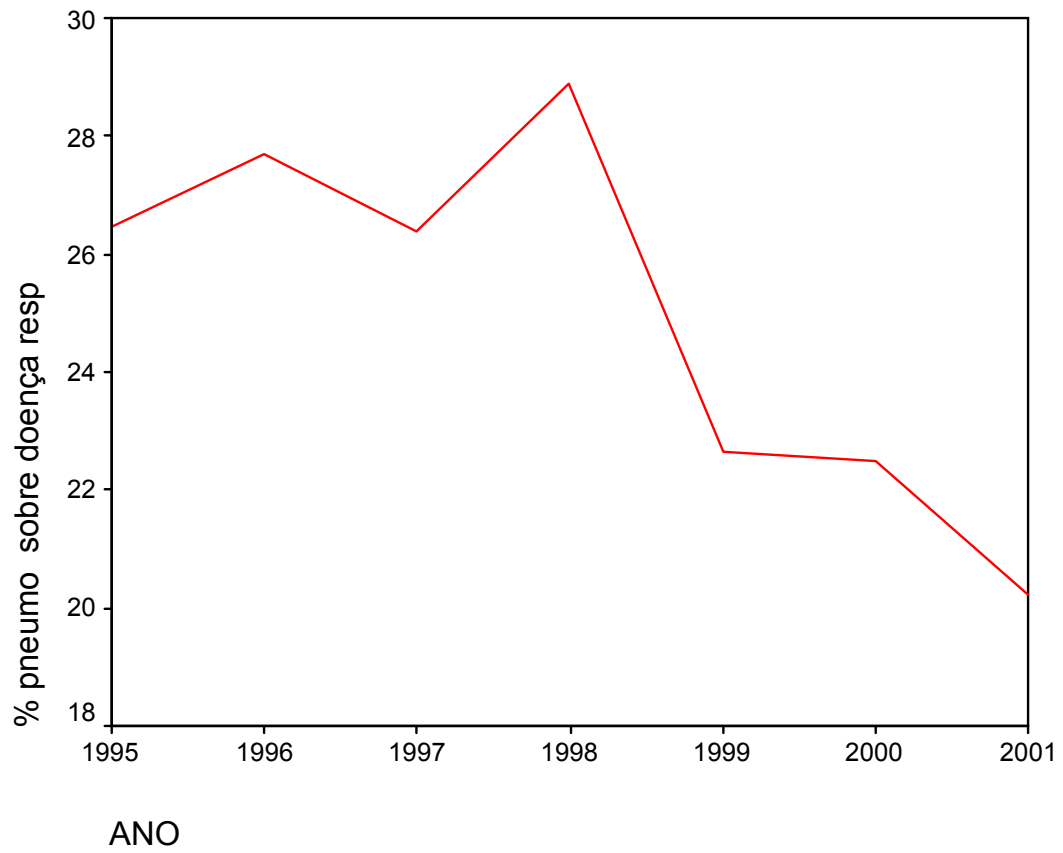
A partir de 1999, ano em que foi implantada regularmente a vacinação contra influenza, a mesma figura demonstra uma tendência à queda nessa taxa:



Fonte: Tabwin, Porto Alegre, pesquisa direta 1995 – 2001.

FIGURA 2 – TAXA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR PNEUMONIAS, PORTO ALEGRE, 1995 – 2001

A figura 3 mostra o percentual das pneumonias em relação às outras doenças respiratórias (asma, enfisema, pneumotórax).



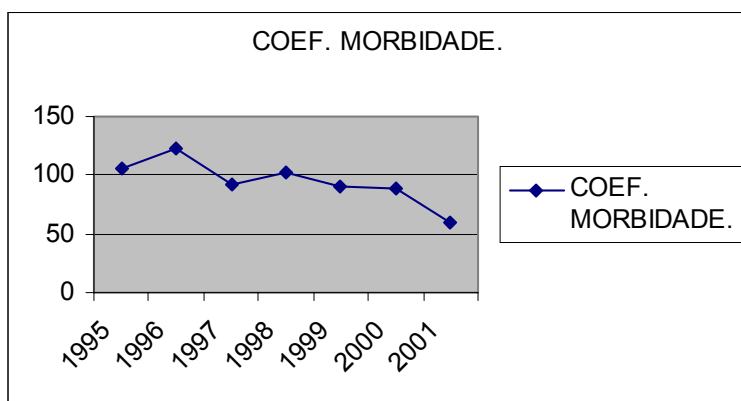
Fonte: Tabwin, Porto Alegre, pesquisa direta, 1995-2001.

FIGURA 3 – PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR PNEUMONIA EM RELAÇÃO ÀS DEMAIS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, PORTO ALEGRE, 1995-2001

Verificamos a mesma queda no ano de 1997, aumentando em 1998 e vindo a cair novamente o percentual das pneumonias em relação às doenças respiratórias a partir de 1999. Esses índices confirmam o verificado nas figuras anteriores: uma tendência à queda nas internações hospitalares por pneumonias após a implantação da vacina contra influenza.

Esses resultados têm um significado importante para o sistema de saúde, já que diminuem as internações hospitalares, conseqüentemente, diminuem os custos destinados ao setor hospitalar, havendo a possibilidade de os recursos financeiros serem destinados a outras ações prioritárias.

A figura 4 apresenta o coeficiente de morbidade que representa o número de casos de uma doença (pneumonia) sobre a população acima de 65 anos. Esse coeficiente nos permite avaliar o comportamento da doença ao longo dessa série histórica numa população com crescimento positivo.



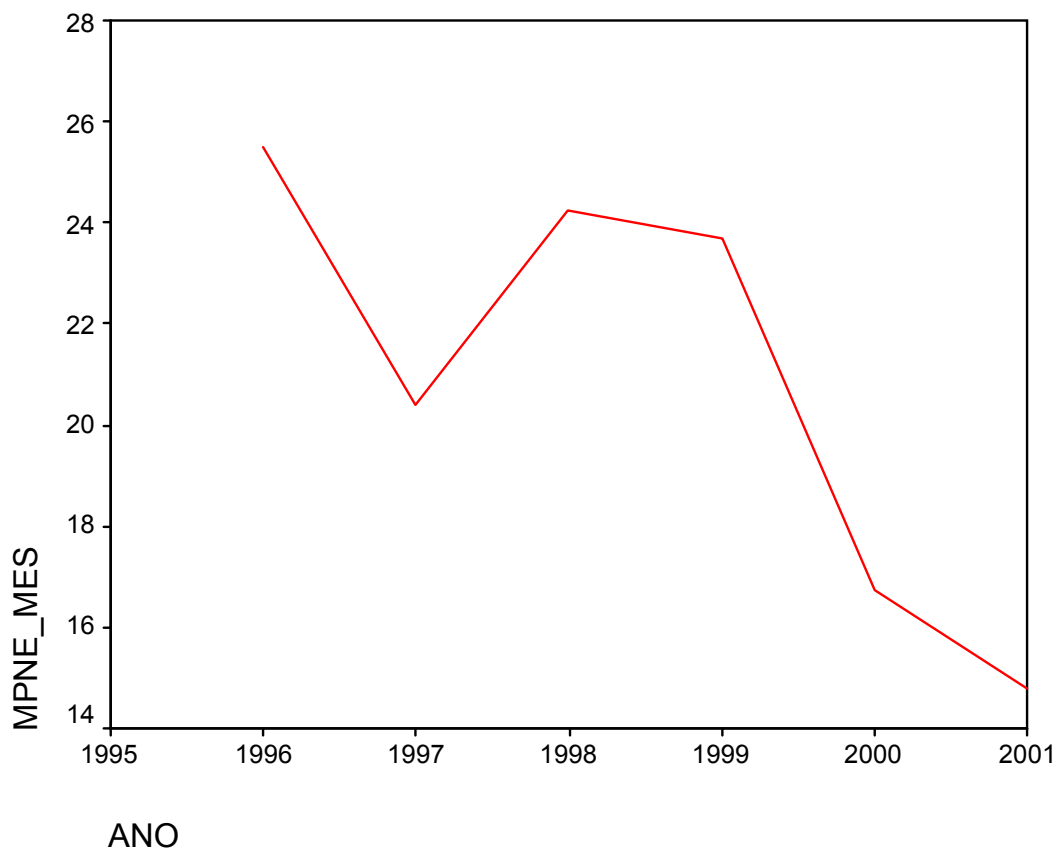
Fonte: Dados de morbidade – Tabwin, dados da população – DATASUS Porto Alegre, 199 –2001. Gráfico produzido por MAMV.

FIGURA 4 – COEFICIENTE DE MORBIDADE POR PNEUMONIAS, PORTO ALEGRE, 1995 – 2001

Comprovamos através do traçado da figura a tendência à queda no comportamento das internações por pneumonias, após a implantação da vacina contra influenza em Porto Alegre, tendência que se configura também no Brasil, principalmente nos estados da região sul.

Nos dados divulgados pelo Sistema Único de Saúde, de 1998 a 2000, houve uma queda de 18% (179.000) em número de internações por pneumonia na população brasileira. Nesse mesmo período, o maior impacto deu-se na região sul e sudeste, onde houve redução de 27,1% em registros de internação pela doença (Brasil, 2001). Também encontramos em nossa análise de dados do Tabwin que, no período de 1996 a 2000, verificou-se uma redução de 25,2% (301) nas internações hospitalares por pneumonia no município de Porto Alegre .

4.3.3 O perfil de mortalidade por pneumonias após a introdução da vacina contra influenza, de 1996 a 2001:



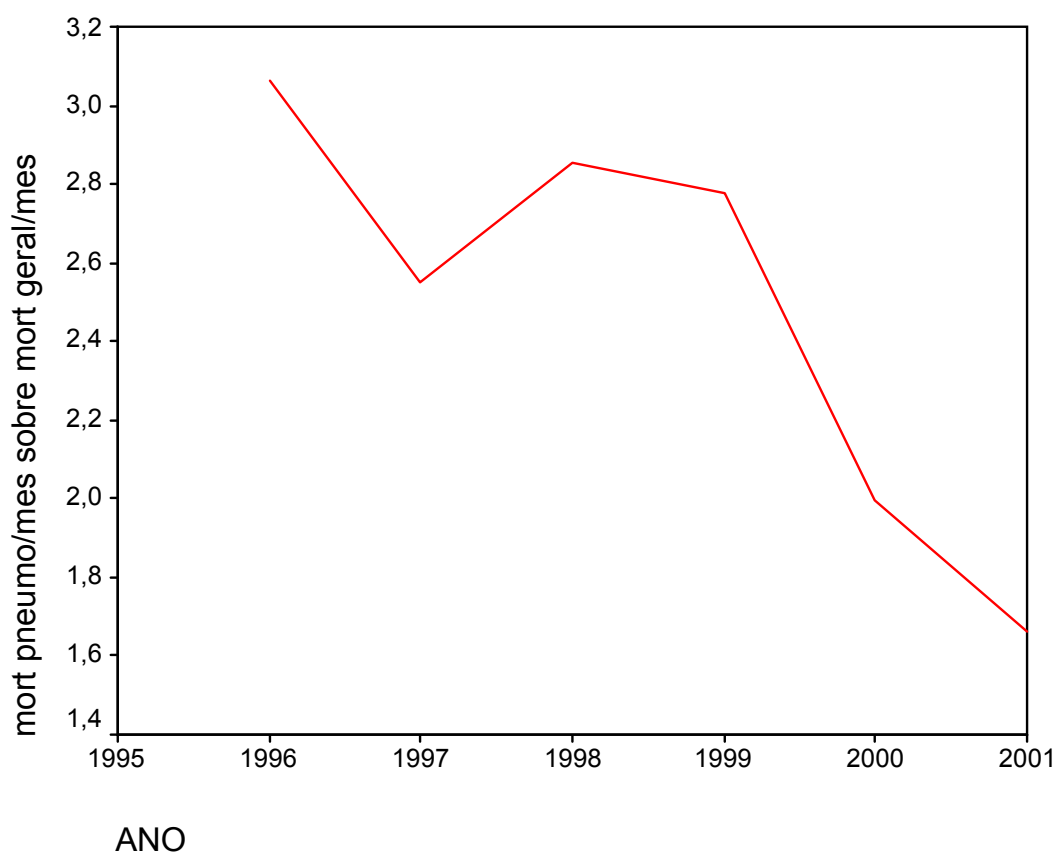
Fonte: SIM, Porto Alegre, pesquisa direta 1996 –2001.

FIGURA 5 – MÉDIA MENSAL DA MORTALIDADE POR PNEUMONIAS, PORTO ALEGRE, 1996 – 2001

A figura 5 demonstra semelhante tendência à queda no que se refere à mortalidade por pneumonias ocorridas após a implantação da vacinação contra influenza.

Verifica-se uma diminuição da média da mortalidade por pneumonias no ano de 1997, voltando a aumentar em 1998 e apresentando tendência à queda, novamente, a partir de 1999.

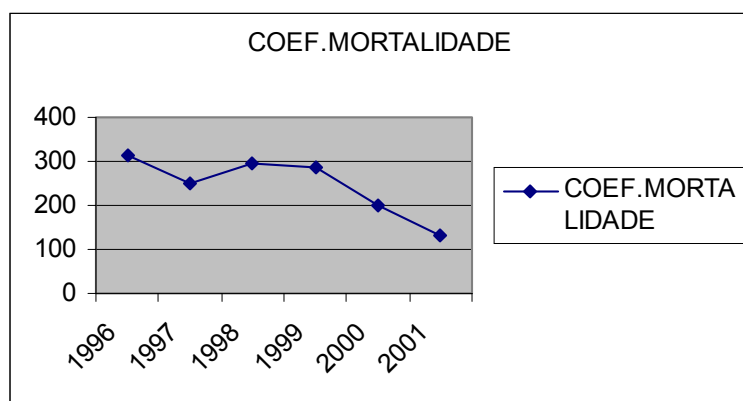
Observamos novamente a tendência à queda na figura 6, que apresenta a taxa mensal por pneumonias em relação à taxa mensal de mortalidade geral. Verificamos que, tanto na mortalidade quanto na morbidade, também houve queda em 1997, aumentando em 1998 e voltando à mesma tendência decrescente a partir de 1999 na mortalidade por pneumonias em relação à mortalidade geral:



Fonte: SIM, Porto Alegre, pesquisa direta 1996- 2001.

FIGURA 6 – TAXA MENSAL DE MORTALIDADE POR PNEUMONIAS EM RELAÇÃO À TAXA MENSAL DE MORTALIDADE GERAL, PORTO ALEGRE, 1996-2001

A figura 7 demonstra os coeficientes de mortalidade por causa, pelos quais calculamos o número de óbitos ocorridos por determinada causa sobre a população exposta ao risco de morrer por essa causa.



Fonte: Dados de mortalidade – Tabwin, dados da população – DATASUS Porto Alegre, 1996 –2001. Gráfico produzido por MAMV

FIGURA 7 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR PNEUMONIAS, PORTO ALEGRE, 1996 – 2001

Concluindo, verificamos que também está ocorrendo uma tendência à queda nos óbitos por pneumonias sobre a população em estudo.

Dessa forma, novamente podemos inferir que o uso da vacina contra influenza tem influenciado no comportamento dos óbitos por doenças respiratórias, em particular as pneumonias, decorrentes das complicações da doença influenza. Sabe-se que, em relação à eficácia da vacina, os idosos geralmente desenvolvem menores títulos de anticorpos do que crianças e adultos, entretanto a vacina proporciona uma proteção razoável contra as complicações, hospitalizações e óbitos, 50 a 95% (Bricks, Resegue e Rodrigues 1997).

Outra análise importante realizada através dos dados de mortalidade no SIM foi que, no período de 1996 a 2000, houve uma diminuição de 34,3% (105) na mortalidade por pneumonias verificadas em Porto Alegre.

A análise da série temporal permite-nos avaliar os dados em relação ao tempo. Podemos inferir, portanto, após a análise das figuras, que, com a implantação da vacina contra influenza em nosso meio, vem ocorrendo tendencialmente uma queda em relação à morbidade e mortalidade por pneumonias. O ano de 1997 é decisivo nessa análise, porque, mesmo com uma campanha limitada, observou-se uma queda nesse ano visualizada em todas as figuras analisadas no estudo. Esse dado de 1997 é inédito, visto que os demais municípios do país não realizaram essa investigação, mesmo o município de São Paulo, que realizou a vacinação contra influenza em 1996 e 1997 (Aranda, 2000).

Esses dados nos levam, na segunda parte deste estudo, a discutir concepções e práticas de saúde entre os idosos, as quais, acreditamos, influenciaram na motivação e adesão a práticas preventivas em saúde e, particularmente, na adoção de práticas relativas à proteção específica como a vacinação. Essas práticas configuram-se em “novidade” nessa faixa etária.

Essa discussão, pensa-se, é necessária na compreensão da eficácia das propostas de promoção de saúde e, em especial, nas estratégias educativas em saúde que temos veiculado à população. A valorização dos aspectos preventivos em uma nova ótica de pensar a saúde passa por questionarmos a adequação dessas propostas e a credibilidade das nossas ações junto aos indivíduos como um todo e aos idosos em particular.

PARTE II

5 Práticas e representações da saúde e da doença entre os idosos – estudo qualitativo

5.1 Faixa etária, sexo e procedência dos idosos deste estudo

O instrumento-guia da pesquisa foi aplicado nas dependências da US Santa Marta, junto ao serviço de geriatria, localizado no centro da cidade de Porto Alegre.

A US Santa Marta é uma unidade de referência do sistema de saúde, que se caracteriza pelo atendimento das especialidades médicas, recebendo pacientes referenciados de todo o Estado do Rio Grande do Sul e não somente de Porto Alegre.

Foram entrevistados trinta usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos restringimos à clientela do SUS, já que é a mesma pesquisada na primeira parte deste estudo, quando recorremos a dados das internações hospitalares.

Os dados quantitativos analisados nesta etapa foram relacionados à faixa etária, sexo e local de procedência. Nos limitamos a esses, por considerá-los suficientes para caracterizar o grupo em estudo, visto que nosso objetivo central é analisar as concepções e atitudes concretas que os idosos adotam frente ao processo saúde-doença.

Os idosos participantes deste estudo são oriundos das classes populares, a maioria possuidores de imóvel próprio, com recursos financeiros da aposentadoria e do

trabalho que alguns ainda realizam. Muitos ajudam os familiares, cedendo seu terreno para construção de outro imóvel, como podemos captar em seus depoimentos.

Optamos, nesta parte do estudo, por entrevistar os maiores de 60 anos, diferentemente do estudo de série temporal, restrito aos acima de 65 anos para conseguirmos uma maior abrangência e diversidade no estudo qualitativo. No entanto, no campo empírico, encontramos uma população que se concentra acima de 70 anos.

Na tabela 1, que apresenta a distribuição da população entrevistada segundo a faixa etária, identificamos que 60% se encontram na faixa etária de mais de 70 anos, 30% entre 65 e 69 anos, 10% entre 60 e 64 anos.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ENTREVISTADA, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, PORTO ALEGRE, 2001.

Faixa Etária	Freqüência	Percentual %
60 a 64 anos	3	10
65 a 69 anos	9	30
70 e mais	18	60
Total	30	100

A tabela 2 apresenta a distribuição da população entrevistada segundo sexo; observamos que 83,3 % são do sexo feminino e apenas 16,7% do masculino.

Identificamos neste item um comportamento de gênero clássico, ou seja, ao longo da vida, as mulheres procuram com maior freqüência os serviços de saúde, se comparadas aos homens. Para isso contribuem o período gestacional e a realização anual do exame de câncer uterino, práticas preventivas que não fazem parte do universo masculino.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ENTREVISTADA, SEGUNDO SEXO, PORTO ALEGRE, 2001.

Sexo	Frequência	Percentual %
Masculino	5	16,7
Feminino	25	83,3
Total	30	100

A tabela 3 mostra a distribuição da população, segundo o local de procedência; verificamos quatro usuários de outros municípios do Estado, Arroio dos Ratos, Cachoeirinha, Canoas e Capela de Santana, o que representa 13,2 % da população entrevistada; os demais são de Porto Alegre.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ENTREVISTADA, SEGUNDO LOCAL DE PROCEDÊNCIA, PORTO ALEGRE, 2001.

Local	Frequência	Percentual %
Azenha	1	3,3
Arroio dos Ratos	1	3,3
Belém Novo	1	3,3
Bom Jesus	1	3,3
Cachoeirinha	1	3,3
Canoas	1	3,3
Capela de Santana	1	3,3
Cavanhada	3	10
Centro	6	20
Cristal	2	6,7
Ipanema	2	6,7
Lomba do Pinheiro	1	3,3
Menino Deus	2	6,7
Partenon	1	3,3
Porto Seco	1	3,3
Rubem Berta	1	3,3
Santo Antônio	1	3,3
Sarandi	2	6,7
Serraria	1	3,3
Total	30	100,0

Entre os moradores de Porto Alegre, constatamos um percentual de 20% de moradores do Centro, seguido de 10% do bairro Cavanhada, ficando os demais bairros

assim distribuídos: Cristal, Ipanema e Sarandi com 6,7% respectivamente e Azenha, Belém Novo, Bom Jesus, Lomba do Pinheiro, Partenon, Porto Seco, Rubem Berta, Santo Antônio e Serraria com percentual de 3,3% cada.

Verificamos que esses bairros se localizam em diferentes regiões do município e, conseqüentemente, pertencem a diferentes distritos de saúde. Observamos um percentual significativo de moradores do Centro, o que pode dever-se ao acesso facilitado pela proximidade do serviço de saúde que elegemos para realizar este estudo.

Esses dados apresentados caracterizam de forma simplificada os idosos do nosso estudo qualitativo como sendo majoritariamente mulheres, na faixa etária acima de 70 anos, procedentes de Porto Alegre, de zona urbana e do centro da cidade principalmente.

As categorias que passamos a comentar surgiram inicialmente das questões formuladas no instrumento-guia; as subcategorias emergiram das respostas dos idosos após leitura exaustiva e compreensão das falas.

5.2 O processo saúde-doença entre os idosos estudados: cotidiano e representações

Neste item analisamos os depoimentos do grupo em relação à pergunta “o que é saúde”. O objetivo da pergunta é conhecer as representações dos idosos em relação ao processo saúde-doença que experienciam.

A partir das respostas obtidas, categorizamos essas representações em três dimensões distintas: a biológica, a social e a bio-sócio-cultural. Tentamos com isso compreender a complexidade dos processos envolvidos nas próprias vivências.

Selecionamos como dimensão biológica aquelas respostas que se limitavam a questões puramente relacionadas ao estado de morbidade, nas quais não havia referências a questões comportamentais ou de outro caráter.

Em relação à dimensão social selecionamos os depoimentos que faziam referência às questões sociais envolvidas no processo saúde-doença vivenciado por esses idosos.

A dimensão que denominamos bio-sócio-cultural, nós a organizamos a partir dos depoimentos reveladores de uma articulação entre os determinantes biológicos, sociais e culturais que, de uma maneira ou outra, os idosos reconhecem como influenciando suas vidas e/ou determinando situações de normalidade ou doença.

As dimensões biológica, social e bio-sócio-cultural

A categoria que denominamos de dimensão biológica, porque se restringe a uma visão de cunho biológico dos determinantes da saúde, foi referida por 43,3% dos idosos participantes deste estudo.

Identificamos nesta dimensão a preocupação com os cuidados em relação aos diferentes tipos de alimento, que acreditam influenciar no estado de saúde e de doença; exercícios físicos, por exemplo, caminhadas, são algo bastante comum entre os depoimentos e o ato de dormir, bem como um sinal de saúde. Encontramos também a clássica referência ao fato de que não ter doença significa, sobretudo, a “ausência de dor”, sintoma que preocupa os idosos desse grupo que se deteve a definir o processo nos limites do corpo.

Essa visão biologicista do processo saúde-doença é nitidamente influenciada pela predominância das práticas e políticas de saúde em nosso meio, privilegiando o modelo médico-curativo.

Tal predominância nesse tipo de concepção pode ser observada em alguns depoimentos dos idosos. Diz João: “Saúde é cuidar do meu corpo, zelar por ele e tratar tudo que for necessário para ficar com ele em forma”. Lucinda associa quatro aspectos: “Saúde é não sentir dor, é poder se alimentar, poder andar e dormir bem”. Rosa é bastante pragmática: “Saúde prá mim é não ter enfermidade grave, né!”. Já Maria e Esmerilda relacionam saúde a cuidados com o corpo: “Saúde para mim é cuidar da alimentação, caminhar, que é o que eu faço e se cuidar, na nossa idade tem que se cuidar...”, “Saúde é se cuidar, fazer exercício, dar caminhadas, cuidar dos alimentos”.

Para Helman (1994) as teorias leigas fazem parte de um todo complexo de heranças populares, influenciadas por conceitos emprestados dos meios de comunicação e do modelo médico.

O mesmo autor contribui referindo que os profissionais de saúde situam a origem do problema de saúde no indivíduo, tratam dos problemas do mau funcionamento do organismo, algumas vezes relacionando-os à mudança de comportamento ou alimentação. A responsabilidade, assim, recai principalmente sobre o paciente, crença essa comum no mundo ocidental.

Minayo (1997) também contribui para a crítica da unicidade da dimensão biológica, quando argumenta que a concepção biomédica reduz a doença e a saúde ao contorno biológico individual, separando o sujeito de seu contexto integral de vida.

A categoria que denominamos de dimensão social inspirou-se nas palavras de Ferreira (1998, p.103): “A noção de saúde e doença é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa ...”. Essa dimensão aparece em 30% dos depoimentos dos idosos.

A idéia de que as representações que os indivíduos elaboram a respeito de doença estão diretamente relacionadas com os usos sociais do corpo em seu estado normal é evidente. Quando o indivíduo não consegue trabalhar, comer, dormir ou realizar qualquer atividade habitual, isso implica em estar doente.

O que dizem os idosos que conseguem expressar suas concepções de saúde com um enfoque social?

A relação da saúde com o trabalho é nítida nos depoimentos de Laura, quando diz que “Saúde é a coisa mais importante da vida da gente, né! e a gente tem que se cuidar para ter força de trabalhar...” e de Lúcia: “Acho que é viver em paz e trabalhar. Acho que é isto”.

Em relação às camadas populares, Minayo (1997) contribui para entendermos esses discursos quando, em seu estudo junto a seis favelas do Rio de Janeiro, mostra que os moradores entrevistados expressavam a concepção dominante, ou seja, relacionada à questão da produção, a doença associada à impossibilidade de trabalhar, de realizar os afazeres rotineiros e cotidianos e conclui que “...a representação social de saúde e doença, portanto, está muito ligada à atividade física e à capacidade para trabalhar”.

Nos depoimentos seguintes verificamos que os nossos idosos também conseguem expressar a concepção de saúde-doença de uma forma mais ampla, associando-a a um estreito laço com a própria vida. Isso se expressa na fala de Verônica: “Ah! É bom, saúde é tudo na vida, em primeiro lugar é a saúde”; de Augusta: “Saúde é a principal coisa que existe no mundo, porque saúde é vida, é tudo na vida. Saúde em primeiro lugar”; de Roberto: “Saúde é o principal, a gente tendo saúde, tem tudo”. Já Augusto a define em sucintas palavras definitivas: “É a felicidade”.

Percebemos, a partir destes depoimentos, que a saúde é algo muito importante para os idosos. Encontramos no Relatório de Pesquisa sobre os Idosos no Rio Grande do Sul (1997) que é uma das questões que mais os preocupa e que os principais motivos relacionados a essa preocupação são a diminuição da capacidade física, restrições à autonomia e à independência, perda de familiares e amigos e a carência de recursos econômicos para o seu sustento.

Esse relatório propõe que se faz necessário conhecer o perfil do idoso para traçar políticas de saúde voltadas para as reais necessidades desse segmento, para planejar, efetivar e gerenciar a oferta de serviços de saúde para o idoso. Outro aspecto é do conhecimento, pelos profissionais da saúde, do processo normal do envelhecimento e dos processos patológicos, o que permitirá uma intervenção com práticas preventivas e terapêuticas em saúde. Dentre os fatores atribuídos ao agravamento da saúde do idoso está o seu desconhecimento do próprio corpo e de como envelhece.

Na seqüência das análises, denominamos de dimensão bio-sócio-cultural aquela em que o conteúdo dos depoimentos abrangia os determinantes biológicos, sociais e culturais do processo saúde-doença, complexidade que encontramos em 26,7% dos depoimentos. As próximas definições apontam nessa direção. Tereza diz que “Saúde é a gente estar em paz com a vida, é muito importante, antes de tudo é gostar da gente, é gostar de viver. Depois a medicina, tem que procurar, correr atrás”, enquanto Leni associa físico e trabalho: “Saúde é não sentir nada, sentir o corpo bem, ter disposição para trabalhar”.

Pudemos analisar através desses depoimentos que as representações dos idosos do processo saúde-doença são elaboradas a partir da construção e interação de

elementos originários de fontes diversas, de níveis de elaboração heterogêneos, baseados na vivência de cada indivíduo.

Em apoio a essa idéia citamos Rondelli:

“Saúde e doença são coisas intrinsecamente ligadas à natureza deste corpo humano que, embora universal quanto à sua estrutura anatômica e fisiológica geral, é tomado como objeto de múltiplas e quase infinitas construções significativas pelas culturas e imaginários” (Rondelli 1995, p.39).

Constatamos assim entre os nossos idosos a construção, ao longo de suas vidas, de concepções dinâmicas e ampliadas do processo saúde-doença.

Minayo (1997) contribui para esta análise ao afirmar que saúde e doença não são apenas efeitos biológicos, mas também acontecimentos culturais historicamente construídos de diferentes formas em diferentes sociedades.

5.3 Cotidiano e corpo

A partir das questões formuladas sobre quais os cuidados que têm com o corpo e que atividades realizam para se manter saudáveis, pudemos identificar nas respostas dos idosos influências tanto dos discursos dos profissionais da saúde, através de referência a práticas de educação em saúde, quanto de uma rede de comunicação, seja ela formal ou informal.

No campo da influência dos profissionais, foi possível perceber uma grande tendência a normas e regras do que é certo e errado para a manutenção da saúde de uma população. Como vimos em Rosa (1989), isso responde às concepções de que a educação em saúde é inspirada nos princípios de higiene e ensinada com a finalidade de criar hábitos sadios.

No campo da comunicação, Melo (1976) critica as práticas de educação em saúde que estavam reduzidas à propaganda e informação, com o objetivo de regram a vida da população.

Assim os idosos foram (des)construindo imagens e adquirindo hábitos e costumes diversos, diferentes de décadas atrás de onde nos vem a imagem de uma senhora sentada numa cadeira de balanço esquecida em seus pensamentos. Este estudo oportunizou a descoberta de um novo mundo, de uma nova cultura entre os idosos.

Identificamos que é fundamental a realização de uma atividade em seus cotidianos. Atentamos para a importância do trabalho na vida desses idosos, seja ele formal ou informal. Essa importância, nós a discutiremos ao analisarmos a temática lazer e trabalho.

Esta constatação fica evidente na importância de se praticar uma atividade, seja ela física ou intelectual, para a obtenção de uma melhor qualidade de vida.

Nos estudos de Waldow (1994) sobre a opinião de idosos de diferentes classes sociais, acerca da velhice em Porto Alegre, percebemos que independente da inserção social do idoso, a manifestação de manterem-se ativos, seja através de atividades de lazer, de educação e exercícios físicos, é o que lhes proporciona uma melhor qualidade de vida.

A partir dessa categoria temática intitulada cotidiano e corpo construímos as sub-categorias imagem do corpo, dieta e mídia, medicalização da saúde e lazer e trabalho as quais emergiram da análise dos depoimentos sobre os cuidados que os idosos estão dispensando, em relação ao seu corpo e quais atividades desenvolvem, por julgarem importantes para sua saúde.

Imagem do corpo

Encontramos na maioria dos depoimentos em relação aos cuidados com o corpo uma preocupação com a higiene como um fator determinante na sua saúde, porque a higiene está relacionada à auto-estima e ao autocuidado.

Para Helman (1994,p.30), a expressão imagem do corpo “...é usada para descrever todas as formas com que um indivíduo conceitua e experiencia o próprio corpo, consciente ou inconscientemente”.

Para o autor, os conceitos de imagem do corpo podem ser divididos em três grupos principais: crenças sobre o tamanho e forma ideais do corpo, incluindo o vestuário e o embelezamento do seu exterior, crenças sobre a estrutura interna do corpo e crenças sobre suas funções. Esses grupos são influenciados pelo background social e cultural e podem repercutir em efeitos importantes sobre a saúde do indivíduo. (Helman, 1994)

Vejamos as declarações de Leni sobre os cuidados com o corpo para manter-se com saúde:“...tomo banho, mesmo que esteja nevando, não fico sem tomar banho, não posso ficar sem tomar banho, renova a gente”; quanto a Tereza, ela cita os cuidados enfatizando a higiene: “...claro, a higiene pessoal, o banho, claro, não precisa se falar, é uma coisa muito lógica. E quando sinto qualquer coisa, eu corro no postinho”.

A imagem do corpo entre os idosos está também relacionada com a imagem que o outro elabora sobre seu corpo, quando demonstram uma preocupação com a limpeza e o cheiro. Em relação a essa situação, Victora (1995) aponta: “Ao mesmo tempo em que o corpo adquire significado na experiência social, ele próprio é um discurso a respeito da sociedade, passível de leituras diferenciadas por diferentes agentes sociais”.

O corpo tem uma realidade social e uma física, a forma (gordo ou magro) e os adornos (roupas, perfumes) informam sobre a posição social na sociedade. É consenso que o corpo magro emerge da classe com melhor inserção social e o corpo gordo da classe com inserção social inferior, comenta o autor acima.

Vemos isso no depoimento de Alicia: ‘Tomo banho todos os dias, escovo os dentes, lavo o cabelo todos os dias, só mesmo se não der, troco a roupa todos os dias, ando sempre limpinha, graças a Deus. Gosto de usar um perfumizinho’.

Assim, o corpo social é uma parte importante da imagem física, exercendo um controle sobre o corpo individual e, conseqüentemente, determinando seu comportamento com relação à doença e à saúde, bem como suas atividades profissionais e de lazer (Helman, 1994).

Dieta e mídia

Observamos, atualmente, uma grande preocupação em relação ao tipo de alimentação adequada entre os idosos, por acreditarem que essa influencia em sua saúde.

Encontramos 36,7% de idosos que relatam que comem verduras, frutas e carne branca, abolindo a carne vermelha e a gordura de sua dieta.

Denominamos esse tipo de alimentação de “dieta da mídia”, porque na última década fomos bombardeados com preceitos normativos que condicionam a manutenção da saúde e a longevidade a mudanças no hábito alimentar. Partiu-se, então, para a apologia ao consumo da carne branca, verduras e frutas em detrimento do consumo da carne vermelha e gorduras de origem animal, que seriam fatores de riscos às doenças cardiovasculares.

Em relação ao potencial da mídia em influenciar possíveis mudanças de hábitos alimentares, encontramos em Camargo (1995, p.19) a seguinte afirmação: “No caso específico do Brasil, a formulação de concepções populares acerca da saúde e da doença está muito mais sujeita ao impacto dos meios de comunicação de massa - em especial da televisão- do que a qualquer outra fonte...”.

Na sociedade contemporânea o campo das mídias emerge como uma das principais fontes de influências no comportamento, mitificando a tecnologia que promove formas de como cuidar do corpo e combater as doenças de interesse público. Propagam quais tipos de alimentos devem ser consumidos graças a uma bem-sucedida atividade de marketing comercial, modelando igualmente os corpos mediante a nutrição, corrigindo um excesso ou problema corporal. É uma outra forma de controle social sobre o corpo de cada cidadão Oliveira (1995).

Assim, muitos idosos estão imbuídos dessa nova cultura alimentar, e é pertinente indagarmos até que ponto estão submetidos a um tipo de stress, do que é permitido ou não comer e fazer ! O depoimento abaixo exemplifica o nível de detalhe com que hoje alguns idosos se comportam ao se alimentarem:

“...cuidados com a comida, a gente usa muita verdura, carne magra, o frango, eu tiro a pele, porque tenho problema de colesterol. Pressão, se eu não cuidar, ela sobe muito, eu sou hipertensa. Eu cuido da pressão com alimentação e tomo remédio também”(Alicia).

No entanto esses condicionantes têm limites, se considerarmos, segundo Helman (1995), que o alimento é mais que uma fonte de nutrição, está intimamente relacionado com aspectos sociais, religiosos e econômicos da vida cotidiana, sendo muito difícil modificar crenças e práticas alimentares.

Para o mesmo autor, o alimento pode ser um indicador de status, como um emblema de uma identidade de grupo. Por isso cada país, região ou cidade possui suas comidas típicas, uma forma de agregar diversos grupos sociais. Por exemplo, como fazer para um gaúcho típico aceitar que carne vermelha e gorda faz mal para sua saúde, visto que o churrasco é mais que um tipo de alimento, é um acontecimento social?

Identificamos esse fenômeno, quando alguns idosos relatam que “saem” fora da dieta propagada como a “ideal”: frutas, verduras e carne branca e magra. Dizem eles:

“Procuro comer mais frutas, verduras, não quer dizer que eu não como feijão, lentilha, frituras lá de vez em quando. Não gosto de carne, não fumo e não bebo”(Elisa).

“Tenho três médicos e mais a nutricionista da PUC que faz a dieta, verduras, frutas, coisa mais calma, menos gordura, menos sal. As vezes, eu como um churrasquinho gordo, que uma vez um médico me disse que lá de vez em quando não faz mal”(Carlos).

Podemos perceber, no entanto, que normativamente essas condutas são consideradas transgressoras de uma nova norma, de um “tipo ideal” de comportamento alimentar. Os depoimentos atestam esse caráter de subversão, quando admitem que saem fora da dieta “lá de vez em quando”. Existem relatos dos idosos que citam essa dieta que denominamos “da mídia” como algo que foi “ensinado”, mas que não é realizado:

“Acho que é comer bem, estar sempre limpa, dormir cedo, que é o que eu não faço, levantar cedo, que é o que eu não faço, porque eu acostumei a deitar tarde e levantar tarde, por isso que eu não faço. Preguiça de cozinhar, como mal, qualquer coisa, porque tenho muita preguiça de fazer, que brabo dizer isto, né! prá ti”(Aurora).

O caráter normativo está também expresso na construção do depoimento de Aurora que percebe que “é brabo” contar as transgressões para os profissionais de saúde, os guardiões da normalidade.

Encontramos também nos depoimentos da maioria dos idosos, principalmente acima de 80 anos, que sua dieta é livre. Como diz Augusta: “Quanto à alimentação, o que vem morre, não tenho nada, sou uma pessoa completamente sã. Prá mim nada faz mal, tudo é cabeça, tudo é uma questão de cabeça”. E Tereza quando afirma: “Na alimentação eu sou relaxada, gosto de comer aquilo que eu gosto”. Já Roberto é mais comedido: “Como pouca comida, como de tudo, mas pouca. Não fumo e não bebo”.

A transgressão à norma parece adquirir um significado diferenciado no grupo “mais velho”. A alimentação é (re)significada, e o conceito de “comida” parece ser impor. A “comida” reflete os vínculos com a cultura alimentar de cada sujeito, e o prazer de comer aflora. Talvez seja o momento da vida de se “libertar das amarras sociais”?!

Medicalização do corpo

Esta subcategoria nos confronta com o mundo da tecnologia pesada, do aparato de exames laboratoriais, da rádio-imagem e dos remédios.

Para Helman (1995), a medicina moderna atua cada vez mais como um agente de controle social, o que torna as pessoas dependentes da profissão médica e do vínculo com a indústria farmacêutica.

Illich (1975) nos fala sobre a iatrogenia clínica e a iatrogenia social que a medicina incutiu na população, criando um mito da produção dos serviços médicos como condicionante do processo saúde-doença de uma população.

Para o autor a iatrogenia clínica expõe a ineficácia global e os perigos da medicina dispendiosa, na qual os sujeitos ficam submetidos a exames sofisticados ou medicamentos modernos, nem sempre bem comprovadas sua eficácia, em nome de sua saúde. A iatrogenia social é a perda da capacidade individual de adaptação ao meio social e implícita recusa a esses meios. Isso resulta na perda de autonomia na ação e no controle do meio.

Camargo (1995) contribui com a definição de iatrogenia clínica, quando comenta que os médicos também estão sujeitos à medicalização, enquanto a tecnologia mais avançada acriticamente é incorporada na sua prática cotidiana, sem maiores considerações quanto a sua necessidade, ficando por conta da eficácia da propaganda da indústria farmacêutica.

Essas idéias nos auxiliam a refletir sobre o que encontramos em uma parcela significativa de nossa população entrevistada, 46,7%, que associa cuidados com o corpo com o uso de medicação, realização de exames e do check-up, nome de origem inglesa, que preconiza a idéia da realização de vários exames bioquímicos e biofísicos para diagnóstico e tratamento precoces como meio de prevenção de doenças.

Vejamos o que afirma Laura sobre os cuidados com o corpo: “Sempre vou ao médico, de seis em seis meses eu faço um check-up para melhorar a qualidade de vida. Não como gorduras, não fumo, não tomo bebidas de álcool e faço caminhada também”.

Illich (1975) chama esse comportamento de “medicalização da prevenção” e “medicalização do diagnóstico precoce”, o que considera um entrave e desencoraja a verdadeira prevenção, levando o paciente potencial a comportar-se como um objeto, entregando-se ao médico estando ou não com saúde, transformando-se num paciente para o resto da vida.

Identificamos essas características nos relatos de Érica: “Cuido do colesterol, triglicerídeos, a comida para baixar o colesterol. Tomo calmante à noite para dormir, faz anos que eu tomo um pedacinho”; ou de Eni: “Para me manter com saúde cuido da alimentação, levanto cedo, não durmo muito, deito tarde e levanto cedo. Eu procurei um geriatra para me orientar e sigo suas orientações”.

Identificamos o relato de Maria como o que mais traduz a dependência em relação ao aparato da medicina como forma de cuidar do corpo e de prevenção:

“ Cuidar do corpo é ter higiene, caminhar, boa alimentação. Eu tenho problema de colesterol, sempre tenho que fazer exame de sangue para ver com está e cuidar, cuidar de mim e do meu corpo, quem gosta de mim sou eu mesma, tenho que me cuidar, né?! Com a minha boca, inclusive eu faço tratamento aqui mesmo. Eu acho que estou bem, porque todos os médicos que consulto e mais a enfermeira padrão disse que pela minha idade eu estou bem dentro do normal ...”(Maria).

O lazer e o trabalho

Nesta subcategoria identificamos que o sedentarismo não faz mais parte do cotidiano dos idosos e começa a mudar a imagem do vovô e da vovó na “cadeira preguiçosa” de pantufa e pijama. Entre as atividades realizadas para manterem-se saudáveis, observamos que o trabalho, mesmo nessa fase de suas vidas, continua sendo algo muito importante para uma melhor qualidade de vida e o associam com seu processo saúde-doença, pois continuar trabalhando significa, para a grande maioria dos entrevistados, ter saúde. O depoimento que segue diz muito dessa nova realidade e mudança de imagem social.

“Trabalho muito, até hoje, com 82 anos, eu trabalho, forro botões, faço crochê...é trabalhar, se movimentar, porque tá deitada na cama não dá, que esperança! Me levanto cedo às 7h. Durmo bem

toda a noite, eu e a minha gatinha Rosinha....Ainda tenho miras de durar muitos anos, eu não tenho filhos, mas tenho sobrinhos, vou no aniversário das crianças, tudo isso a gente tem que fazer para entreter, melhorar a cabeça, o cérebro. **Acho que o principal é trabalhar**, se movimentar e ter amigos para conversar quando se pode”(Florinda).

Outra maneira de analisarmos a importância que o trabalho representa para uma vida com mais qualidade, encontramos em uma pesquisa realizada por Carlos et al (1999), na qual os autores apontam como fundamental a identidade de trabalhador e sua representatividade enquanto identidade do eu, a consciência de pertencer a um grupo social, inclusive laboral. O espaço de trabalho e as categorias profissionais, proporcionam atributos de qualificação ou desqualificação do eu. Portanto, existe um vínculo simbólico com o trabalho e a identidade de trabalhador, que se reflete na continuidade de uma vida, fazendo com que, mesmo após a aposentadoria, muitos continuem trabalhando, ou mesmo nem a desejem.

Encontramos no depoimento de Augusta essa tendência:

“Trabalho, não fico em casa deitada, mastigando, saio prá rua. **Trabalho oito horas por dia**, pego 4 ônibus. Temos uma confeitaria, passo o dia lá. Chego em casa de tarde, tomo um banho e vou dormir. Acho que isto é saúde, é vida”.

Provavelmente, esta identidade de trabalhador esteja diretamente associada à identidade pessoal, de como nos encontramos em várias esferas de nosso cotidiano, visto que passamos a maior parte de nosso tempo trabalhando. Passar do mundo do trabalho para o “mundo do ócio” é algo que depende de como será feita essa transição.

Um estudo realizado na Espanha por Mendizabal (1990) aborda a importância da preparação do idoso para a aposentadoria e propõe que a educação permanente seria uma possibilidade de diminuir a brusca ruptura que ocorre quando se deixa a vida

economicamente ativa, o que gera em muitos depressão. Sugere que os governos deveriam se preocupar com a educação permanente, pois diminuiriam os custos com a seguridade social e saúde, além de propiciar uma melhor qualidade de vida a essa parcela da população.

No Brasil, proliferaram na última década os programas voltados para idosos, como as escolas abertas, as universidades para a terceira idade e os grupos de convivência de idosos como cita Debert (2000).

Consideramos que essas práticas estão associadas diretamente aos determinantes do processo saúde-doença. À medida que os idosos vão se inserindo e se adequando a uma nova maneira de viver a vida, vão apreendendo novas formas de compreensão do envelhecimento e, conseqüentemente, da imagem que fazem de seu corpo e das potencialidades para usufruírem de uma melhor qualidade de vida. A manutenção da atividade física e social pelos idosos, nós a percebemos como a chave para a prevenção de processos reconhecidos como patológicos nesse segmento da população.

Assim, o trabalho aparece de diferentes formas na fala dos idosos entrevistados, seja através do trabalho formal como fonte de renda, seja através do trabalho informal, realizado no âmbito doméstico. Nesse aspecto, identificamos que o trabalho realizado pelas mulheres é diferente do realizado pelos homens, marcando as diferenças de gênero. Encontramos nos depoimentos seguintes esse aspecto das culturas de gênero:

“Faço tricot, sou síndica do prédio, faço obra, contrato, faço reunião, faço bastante atividade. Esta atividade me faz bem, sempre tem alguma coisa para pensar. Tenho um irmão numa clínica, praticamente ninguém cuida dele, só eu, eu vou lá duas vezes por semana. Eu só não trabalho fora, o resto tudo que eu fazia antes, eu faço. Envelhecer depende da cabeça, né! Exercitar”
(Lucrécia).

“Faço costura, crochê e tricot, Tem horas, tô meio aborrecida, pego um crochê, vou fazer, me esqueço que estava pensando coisa ruim. Dar atenção para crianças, pessoas idosas que eu adoro, não é porque sou idosa, sempre gostei”(Dileta).

Identificamos na maioria dos depoimentos a importância que é dispensada ao mundo do trabalho para um envelhecimento saudável, além do que o trabalho intelectual e o trabalho comunitário são também formas de se esquecerem dos problemas.

Em relação à atividade comunitária e intelectual, concordamos com Lehr (1997) quando afirma ser a atividade cognitiva essencial para um envelhecimento saudável, bem como a atividade mental. A autora sugere que as pessoas idosas deveriam receber tarefas mentais através de novas informações, como um desafio das atividades intelectuais. Também associa que as pessoas mentalmente mais ativas, com um grande número de contatos sociais, com mais interesses, alcançam uma velhice com maior sentimento de bem-estar.

Além do trabalho, a atividade intelectual e social é, portanto, referida como algo muito importante para a manutenção da saúde. Dizem eles:

“Eu trabalho com comunidade, só fico na minha casa para dormir. Eu trabalho no orçamento participativo, eu trabalho com grupos, sou voluntária, não ganho nada, só para ter uma atividade para não ficar depressiva dentro de casa, então há dez anos eu faço esse trabalho”(Laura).

“Escrevo, sou aposentado, e quando estou meio nervoso, meio agitado, então eu pego a caneta e descarrego na caneta, vou escrever. Escrevo poesias, sonetos, apesar de ser humilde, tenho esse dom que Deus me deu. É a única coisa que tira minhas preocupações ...”(João).

Outra atividade, bastante freqüente entre os idosos, é a caminhada. Referem que caminhar e dançar é algo muito importante para se manterem saudáveis.

“Eu gosto de ir a baile, vou a baile, eu danço. Eu caminho uma hora por dia, sempre. Eu vou no parque, passeio, viajo. E a minha vida de casa, eu gosto de fazer a minha lida de casa, moro sozinha. Vou na casa dos filhos, as vezes cuido dos netos, é um prazer que eu tenho tido”(Neida).

Segundo Lehr (1997) ao apresentar dados da Alemanha e de Singapura, afirma que a atividade física é um pré-requisito para um envelhecimento com sucesso. As mudanças físicas determinadas pela idade, tais como incapacidade funcional dos órgãos, modificação no sistema motor e muscular, bem como modificações nos órgãos respiratórios, estão diretamente relacionados aos efeitos da falta de exercício. A atividade física também afeta o bem-estar psicológico no que diz respeito às habilidades, bem-estar pessoal, habilidades sociais e auto-estima.

Verificamos através do relato da população em estudo quase que uma unanimidade em relacionar atividades para se manterem saudáveis com o exercício físico, seja ele uma caminhada ou uma atividade de lazer (passeios e bailes).

Frente a essas constatações, fruto dos depoimentos que analisamos, podemos afirmar que o caráter normativo do que é ter saúde, mesmo que estabeleça certos parâmetros e condutas, se relativiza nas práticas e na relação com o cotidiano de vida de cada idoso e identifica-se em uma busca pessoal em direção à construção de formas individualizadas de manter-se saudável e com boa qualidade de vida.

6 CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS

Particularizando a adoção da prática de vacinação, em especial a vacina contra influenza, identificamos que a idéia preventiva da doença é um fator decisivo na adoção ou recusa dessa prática.. Notamos essa tendência de realizar a vacina na busca de não adoecer, nesse caso, de não adquirir a gripe. Como vimos ao revisarmos a literatura, a vacina contra influenza possui uma eficácia que depende da idade, da imunocompetência do receptor, do grau de similaridade entre as cepas contidas na vacina e aquelas que estão circulando na comunidade. Os idosos geralmente desenvolvem menores títulos de anticorpos do que crianças e adultos, entretanto, repetimos, a vacina proporciona uma proteção contra as complicações, hospitalizações e óbitos por doenças respiratórias, em especial as pneumonias.

Concluimos que a falta de esclarecimentos sobre os efeitos da vacina e seu impacto na diminuição da morbidade nas internações hospitalares e nos óbitos por doenças respiratórias, advindas da complicação da influenza, é um fator decisivo de adesão a essa prática.

Ao analisarmos a série temporal de 1995 a 2001, das internações hospitalares por pneumonias, verificamos uma tendência à queda no ano de 1997, quando ocorreu em Porto Alegre uma vacinação dos portadores de doenças crônicas com mais de 65 anos. No ano de 1998, quando não houve vacinação contra influenza, verificamos uma

tendência a aumentar a morbidade de internações hospitalares por pneumonias. A partir de 1999, quando efetivamente foi estabelecida pelo Ministério da Saúde a Campanha de Vacinação do Idoso, apontamos que vem ocorrendo uma tendência à queda na morbidade de internações hospitalares por pneumonias.

Quando analisamos os gráficos referentes à média mensal de mortalidade por pneumonias, a taxa mensal de mortalidade por pneumonias em relação à taxa mensal de mortalidade geral e os coeficientes de mortalidade por causa, verificamos a mesma tendência à queda na mortalidade por pneumonias.

Acreditamos que, se houvesse uma demanda maior de idosos que desejassem receber a vacina contra influenza, teríamos uma queda mais acentuada na morbimortalidade por pneumonias, visto que as coberturas vacinais em Porto Alegre verificadas no período de estudo foram, em 1999, de 86,9%, em 2000, de 65,4% e em 2001, de 75,7%.

Para podermos avaliar com maior convicção o impacto que a vacina contra influenza proporcionou em nossa cidade, é necessário continuarmos este estudo por um período mais longo, um mínimo de 10 anos, para verificarmos a mudança efetiva no perfil de morbimortalidade por pneumonias na população acima de 65 anos em Porto Alegre e apontar a vacinação contra influenza como um elemento decisivo no envelhecimento saudável.

A população do estudo qualitativo, podemos caracterizá-la como essencialmente urbana, feminina, maior de setenta anos e usuária do SUS, visto que as entrevistas foram realizadas em um serviço público de saúde.

Os depoimentos foram muito enriquecedores, porque deles emergiram categorias de análise carregadas de concepção sobre os determinantes do processo

saúde-doença. Determinantes esses biológicos, sociais, culturais e econômicos que de uma maneira ou outra estão intimamente relacionados às perspectivas com que os idosos definem saúde e doença.

Neste estudo nos deparamos com um tipo de comportamento dos idosos que está substituindo aquela imagem passiva, acomodada e sedentária por um tipo de comportamento em que a manutenção de uma atividade física, intelectual ou laboral faz parte do cotidiano dos mesmos como garantia de um envelhecimento saudável.

Em relação aos cuidados com o corpo, identificamos uma preocupação com a sua imagem, via interesse pela higiene e peso corporal, demonstrando capacidade para o autocuidado e um sentimento de auto-estima singular nesse grupo.

Verificamos também uma preocupação bastante freqüente com o tipo de alimentos a serem consumidos, com predomínio da adesão a um tipo de dieta que denominamos de dieta da mídia, a qual está modificando hábitos culturais e sociais que a identificam. E nos indagamos até que ponto também não está gerando um tipo de estress, anteriormente ausente, em relação aos alimentos selecionados, como se fossem determinantes exclusivos de um estado de normalidade em saúde.

Identificamos, através das respostas dos entrevistados, a influência das práticas de educação em saúde de tendência normatizadora e normalizadora, na tentativa de regradar e disciplinar a vida e os corpos das pessoas nos aspectos relacionados às práticas de prevenção à saúde. Isso, felizmente, enfrenta a “resistência” dos sujeitos, que, nem sempre, adotam o que é tido como “certo” em seu cotidiano.

Outro aspecto que ficou muito evidente nas práticas de prevenção à saúde adotadas pelo grupo é a dependência ao aparato da medicina através do check-up, da dependência aos fármacos ou do seguimento das orientações médicas como rotina de

vida. Ficou evidente a prevalência do modelo médico-curativo, que ainda permeia os serviços de saúde, fazendo com que haja entre a população um senso comum no sentido da medicalização da prevenção, como vimos em Ilich (1975).

Constata-se a necessidade de serem melhor esclarecidas pelos profissionais da saúde, através da mídia ou na prática diária, as medidas de prevenção ou tratamento de determinados agravos à saúde com caráter técnico e valorização do humano em substituição aos interesses financeiros das indústrias alimentícias e farmacêuticas.

Por outro lado, emergiu das análises a importância do trabalho, e analisamos o quanto esse está intimamente ligado à identidade de cada um, seja o trabalho formal ou informal, que ainda faz parte do mundo desses idosos e funciona, segundo eles próprios, como uma fonte de vida. Deixar de trabalhar significa perda de identidade e, conseqüentemente, em certa medida, desistência de lutar pela vida.

A manutenção constante de uma atividade física e intelectual também foi apontada por esse grupo de idosos como algo muito importante e mesmo decisivo para o envelhecimento saudável.

Frente a essas constatações verifica-se a necessidade da implementação de políticas públicas que promovam atividades de lazer, de esportes, educacionais e laborais dirigidas aos idosos, as quais estariam proporcionando práticas de promoção à saúde e garantindo um envelhecimento com uma melhor qualidade de vida.

Ressaltamos a importância de se reproduzir este estudo em populações com características diferentes, de inserção social diferenciadas e de diversas culturas, para compararmos nossos achados e assim podermos ampliar nossa compreensão das peculiaridades e comportamentos relativos ao processo saúde-doença. Essa compreensão poderá auxiliar, a nós profissionais de saúde, a adequarmos nossas

práticas às necessidades específicas de cada grupo populacional. Essa adequação passa certamente por compreendermos o nosso sujeito cuidado em sua complexidade bio-sócio-cultural e espiritual.

No campo das práticas preventivas, da promoção de saúde e da proteção específica, representada neste estudo pela vacinação contra influenza, identificamos como fundamental a adoção de condutas que considerem a “novidade” dessa prática entre a população adulta e idosa. A adoção de comportamentos e a adesão a “novas” práticas estão associadas à credibilidade social que se impõem na população, nesse caso, na adesão à prática de vacinação entre os idosos.

ABSTRACT

The present work talks about the impact that the introduction of the vaccine against influenza caused on the pneumonia morbid-mortality profile, and covers the over 65-year-old population in Porto Alegre from 1995 to 2001. Together with the historical series study, we examined the reasons for enrollment in, or refusal of, anti-influenza vaccine practice among 138 elderly people. We went further in the analysis of the conceptions of the health-illness process and the Preventive Practices in Health, with a group of 30 elderly people using the PUBLIC HEALTH SYSTEM. The methodology used is of epidemiological feature--of temporal series kind--combining interviews with elderly people and thematic categorization of the detained information. The morbidity data were obtained by documental statistic research, from the hospital admission date in the PUBLIC HEALTH SYSTEM (TABWIN); and the mortality data were obtained from the MORTALITY INFORMATION SYSTEM (SIM). Results point to a decrease in morbidity by hospital admissions, and a decrease in mortality by pneumonia after the formal introduction of the anti-influenza vaccine in the area in 1999. The enrollment in, or refusal of, the vaccination program, exposed in the elderly the social and cultural factors that had influenced their decisions. The elderly people who participated in this study also noted that the maintenance of a physical, intellectual or laborial activity is indispensable to healthy aging. The results of this study, so it is believed, contribute to improved health practices by using education in health, adopting specific protection strategies--such as effective vaccination--and working together with people.

RESUMEN

Se trata de un estudio sobre el impacto de la vacuna contra la gripe en el perfil de morbi-mortalidad por pneumonias en la población con más de 65 años, en Porto Alegre, durante el período de 1995 a 2001. A la par de estudiar la serie histórica hemos investigado los motivos de la adhesión o rechazo a la práctica de la vacuna entre 138 ancianos. Hemos profundizado el análisis de los conceptos del proceso salud y enfermedad y el de las prácticas preventiva en salud con un grupo de 30 ancianos que son usuarios del sistema público de salud. La metodología utilizada ha sido de carácter epidemiológico del tipo serie temporal, que combina entrevistas con ancianos y la categorización temática de las informaciones obtenidas. Los datos de morbilidad se han obtenido a través de una investigación documental estadística, a partir de los datos de ingreso en hospitales del Sistema Único de la Salud (Tabwin); y los datos de mortalidad se han obtenido a partir del Sistema de Información en Mortalidad (SIM). Los resultados apuntan hacia un comportamiento que tiende a caer la morbilidad, debido a los ingresos y atención hospitalarios y en la mortalidad por pneumonias, tras la introducción regular de la vacuna de la gripe, en 1999. Al particularizar el adherir o rehusar la costumbre de la vacuna, los ancianos demuestran los factores culturales y sociales que han influido al tomar sus decisiones. Los ancianos que han participado de este estudio también han revelado que es fundamental mantener una actividad física, intelectual o laboral para que pueda haber un envejecimiento saludable. Creemos que los resultados del presente estudio pueden contribuir al perfeccionamiento de las prácticas de promoción en salud, a través de la educación para la salud y la adopción de medidas de protección específica, como dar la vacuna con eficiencia, responsabilidad y competencia para que la población confíe en dichas medidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. de. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap. 6, p. 149-170.

AMATO NETO, V. **Imunizações**. São Paulo: Editora Sarvier, 1991. 272 p.

ARANDA, C. **Modelo para o mundo**. Notícias VigiGripe. São Paulo, abril de 2000. available for internet: www.vigivirus.com.br, 12 de abril de 2000.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF, 1991.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996**: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico Influenza**, Brasília, DF, 2001.

BREIHL, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1991.

BRICKS, L.F; RESEGUE, R; RODRIGUES, D. Vacinas contra influenza – atualizações. **Pediatria**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 114-127, 1997.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CAMARGO JR., K.R. Medicina, medicalização e produção simbólica. In: PITTA, A.M.R.(Org.). **Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo, HUCITEC, 1995. p. 13-24.

CARLOS, S.A. JACQUES,M.G.C. LARRATEA, S.V. HEREDIA, O.C. Identidade, aposentadoria e terceira idade. **Cadernos de Envelhecimento**, Porto Alegre, Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Terceira Idade, PROEXT/UFRGS, v.1, p.77-88, 1999.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Atlanta: **Morbidity and Mortality Weekly Report**, 1998 (Recommendations and Reports, n. 6): p. 1-27.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Lei Orgânica da Saúde nº 8080**. Publicações Técnicas, Porto Alegre, n. 2,p. 6-17, dez.1990.

COSTA, N. do R. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Rio de Janeiro: Vozes,1985. 121 p.

DEBERT, G.G. O significado da velhice na sociedade brasileira. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.13, parte 1, p.147-158, 2000. N. especial.

DILLY, C.M.L.; JESUS, M.C.P. **Processo educativo em enfermagem**. São Paulo: Robel, 1995.190 p.

ESPINA, C.A.; TIETBOEHL, C.N.; VILA NOVA, C.C. **Mortalidade e internação hospitalar na faixa etária de 60 anos e mais, no Rio Grande do Sul após vacinação contra influenza**. Secretaria Estadual da Saúde, Porto Alegre: Coordenação de Pneumologia Sanitária, 2001.

FEDSONS, D.S. (et al.). Clinical effectiveness of influenza vaccination in Manitoba. **JAMA**, v. 270,n.16, p.1956-61.

FERREIRA, J. O corpo sógnico. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998, cap. 8, p. 101-112.

GASTALDO, D. É a educação em saúde “saudável”? **Educação e Realidade**, v. 22,n. 1, p. 147-168, jan./jun. 1997.

GOLDIM, J.R. **Manual de iniciação à pesquisa**. Porto Alegre: Dacasa,1997, 199 p.

GORDON, R. **A assustadora história da medicina**. 8 ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997. 223 p.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333 p.

ILLICH I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1975. 196 p.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D.(Org.), **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, 1983.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro, Ed. McGraw-Hill do Brasil, 1976. 744 p.

LEHR, U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. **Cadernos de Envelhecimento**, Porto Alegre, Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Terceira Idade, PROEXT/UFRGS, v.1, p.7-35, 1999.

MELO. J.A.C. A prática da saúde e a educação. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 13-14, out./dez.1976.

MENDIZABAL, M.R.L. Reflexiones sobre la educación en la tercera edad. **Revista de Educación**, Madrid, n. 291, p. 225-251, enero/abril, 1990.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**. 4 ed. São Paulo, HUCITEC-ABRASCO, 1996. 269 p.

MINAYO, M.C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: — (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 7ed. Petrópolis: Vozes, 1997, cap. 13, p. 9-30.

MINAYO, M.C. de S. Saúde e doença com expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p. 31-39.

MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995.

MONTEIRO, M.F.G.; ALVES, M.I.C. Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. In: VERAS, R.P.(org.). **Terceira Idade**: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. São Paulo: Relume Dumará, 1997, p.65-78.

NICHOLLL, K.L; (et al.) The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among persons living in the community. **New England J. Med.**, n. 331, p. 778-784. 1994.

OLIVEIRA, V.C. Os mídias e a mitificação das tecnologias em saúde. In: PITTA, A.M.R.(Org.). **Saúde e comunicação**: visibilidades e silêncios. São Paulo, HUCITEC, 1995. p. 25-37.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Núcleo de imunizações**. Porto Alegre: SMS,1999.

_____._____._____. Porto Alegre: SMS, 2000.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986. 159 p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social. **Os idosos do Rio Grande do Sul**: relatório de pesquisa. Porto Alegre: Conselho Estadual do Idoso, 1997.

— . Secretaria Estadual da Saúde. **Norma técnica para vacinação contra influenza**, Porto Alegre: Coordenação de Pneumologia Sanitária, 1997.

RONDELLI, E. Mídia e saúde: os discursos se entrelaçam. In: PITTA, A.M.R.(Org.). **Saúde e comunicação**: visibilidades e silêncios. São Paulo, HUCITEC, 1995. p.38-47.

ROSA, M.S. de O. **Educação em saúde nos serviços de saúde**: falácia, realidade ou utopia. 1989. Dissertação de Mestrado em Educação. Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994. 423 p.

SILVESTRE, J.A. **Vacinação para idosos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

SINGER, P. **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981. 166 p.

SOARES, L.T.R. América Latina: transição epidemiológica ou retrocesso social. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, parte 1, p. 55-76, 2000. N. especial.

THUMÉ, E. In: Porto Alegre: **Correio do Povo**, p.21, 15 de maio de 2000.

TONIOLO NETO, J. **A história da gripe**: a influenza em todos os tempos e agora...1ed. São Paulo: Dezembro Editorial, 2001. 91 p.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Demara, 1994.

VERGÈS, P. L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. **Bulletin de Psychologie**, Marseille, v.15, n.405, p.203-209, 1991/1992.

VICTORA, C.G., As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriação dos modelos médicos. In: FACHEL, O.L. **Corpo e significado**: ensaios de antropologia social. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 1995, p.77-88.

WALDOW, V.R. Opinião dos idosos acerca da velhice. **A Terceira Idade**, São Paulo, v.5, n.8, p.25-38, jun.1994.

ANEXOS

ANEXO A

Roteiro de Entrevista com o idoso

Data: _____ Pesquisador: _____

Nome: (fictício)

Idade: _____ Sexo: _____

Local de procedência:

- 1- O que é saúde?
- 2- Quais os cuidados que o senhor(a) tem com o seu corpo?
- 3- Que atividades realiza para manter-se saudável?
- 4- O senhor(a) já recebeu a vacina contra a gripe? () SIM () NÃO

Se SIM:

Desde quando faz a vacina?

Por que faz a vacina?

Se NÃO:

Por que não faz a vacina da gripe?

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Declaro que, ao assinar este documento, estarei ciente que estou dando o meu consentimento para ser entrevistado(a) pela Mestranda Maria Aparecida Müller Vilarino, C.I. 1016258327, aluna da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Fui informado(a) que se trata de uma pesquisa sobre as Práticas Preventivas na Saúde do Idoso. A entrevista será gravada e realizada a partir de um instrumento-guia proposto pela autora, sendo que o uso da gravação terá minha autorização após ter ciência do que foi gravado.

Também fui informado(a) que a entrevista é livre e, mesmo após o seu início, posso recusar-me a responder a qualquer pergunta específica e encerrá-la em qualquer parte da mesma, sem que isso venha em meu prejuízo.

Declaro que fui informado(a) quanto à garantia do sigilo em relação às informações por mim fornecidas e que estas serão utilizadas somente para fins de pesquisa. Também será respeitada a garantia do meu anonimato e que não será publicado qualquer material que possa me identificar.

data -

assinatura do entrevistado

assinatura do entrevistador

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO
NA PUBLICAÇÃO (CIP)

V697r Vilarino, Maria Aparecida Muller.

A (re)volta da vacina: eficácia e credibilidade social da vacinação contra influenza entre idosos de Porto Alegre. Porto Alegre, 2002.

97 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

1. Idosos. – 2. Vacinação. – 3. Influenza:Prevenção. – 4. Pneumonia. – 5. Morbimortalidade. I Título

Bibliotecária responsável: Lucia Vauthier Machado Nunes – CRB
10/193