

## CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE POR PESSOAS NA MATURIDADE E VELHICE RESIDENTES EM CIDADES RURAIS

Josevânia da Silva (1); Lisandra Ferreira de Souza (1); Camila Batista Nóbrega Paiva (2); Regina Lígia Wanderlei de Azevedo (3).

*(1) Programa de pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), e-mail: josevaniasco@gmail.com; (1) Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), e-mail: lisandrasouza103@gmail.com; (2) Universidade Estadual da Paraíba, e-mail: camilanobrega\_@hotmail.com; (3) Universidade Federal de Campina Grande, e-mail: regina.azevedo@gmail.com*

**Resumo:** Este estudo tem objetivo analisar as concepções sobre saúde de pessoas na maturidade e na velhice residentes em cidades rurais. Participaram 406 pessoas com idades igual ou superior a 50 anos. A idade dos participantes variou de 50 a 92 anos ( $M=61$ ;  $DP=8,7$ ), sendo a maioria do sexo feminino (70%). Foram utilizados os seguintes instrumentos: a) Questionário sociodemográfico e Questionário com duas questões abertas sobre concepções acerca da saúde e sobre os aspectos que poderiam melhorar a saúde. Os dados decorrentes do questionário sociodemográfico foram processadas através de estatística descritiva. Os conteúdos apreendidos por meio do Questionário semiaberto foram analisados através da análise de conteúdo do tipo categorial temática. Os resultados evidenciaram duas classes temáticas, cinco categorias e dezenove subcategorias. No tocante as concepções sobre saúde, destaca-se o conceito de saúde associado a algo fundamental e prioridade na vida, como o melhor da vida, estar e viver bem, bem-estar psicológico, bem-estar físico e ausência de doença. Além disso, os participantes avaliaram sua saúde de forma negativa. As melhorias das condições de saúde passam por aspectos de ordem individual, social e programático. Para a análise dos processos de vulnerabilidades em saúde, se faz necessário entender as concepções de saúde dos envolvidos neste processo, se fazendo necessária, assim, a investigação das concepções sobre saúde a partir da perspectiva dos atores sociais.

**Palavras-chave:** Idosos, saúde, vulnerabilidades, cidades rurais.

### 1 Introdução

Na contemporaneidade, o cenário mundial tem se caracterizado pelo o aumento do envelhecimento populacional, fenômeno que ocorreu devido ao declínio das taxas de fecundidade associado com a queda de mortalidade, avanços das tecnologias em saúde, progressos da ciência. O envelhecimento das pessoas provoca repercussões nos setores socioeconômicos, demográficos e sociais.

No Brasil, embora esteja passando pelo processo de envelhecimento populacional, ainda são oferecidos insuficientes debates e ações direcionados aos idosos, ou seja, não acompanham as necessidades desse público. Portanto, é imprescindível que diversas áreas do saber se debruçam acerca da velhice, fase caracterizada por uma série de mudanças biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais (MIRANDA, MENDES & SILVA, 2016).

O conceito de saúde para as pessoas na maturidade e velhice está entrelaçado com múltiplos fatores, não é uma avaliação simples, tendo em vista que para compreendê-lo é

importante que os aspectos individuais, sociais e programáticos sejam considerados. A partir do entendimento da autopercepção de saúde realizados por este grupo etário, também é possível descobrir é possível entender quais são as vulnerabilidades que atingem essa população, possibilitando traçar estratégias que promovam a autonomia e bem-estar do idoso (BUSATO et al, 2014). Vulnerabilidade esta, compreendida como os aspectos que aumentam ou diminuem as exposições de indivíduos e coletividades a adoecimento e morte (AYRES, PAIVA & JÚNIOR, 2012).

Para entender a definição de saúde é necessário incluir uma rede ampla, onde a ausência de doença como foi compreendido em tempos de outrora, não faculta os múltiplos elementos que compõem a descrição de tal conceito. A definição de saúde está envolta por aspectos subjetivos, éticos, biológicos, psicológicos, históricos e culturais (SANTOS ET AL, 2012; LANGDON, 2014; SILVA et al., 2013). Freitas (2005) inclui outro fator, que se refere as questões ambientais, pois considera que o ecossistema pode interferir na saúde, já que a degradação ambiental é propiciadora do adoecimento humano. Seguindo esse entendimento, Coelho e Filho (2002) recorre ao conceito de saúde realizado por Canguilhem que se refere a capacidade normativa e criativa de afirmar a vida, oferecida por cada sujeito, ou seja, a possibilidade que cada pessoa possui em poder adoecer e sair do estado patológico. Sawaia (2003) acrescenta dizendo que a saúde é a capacidade de afetar e ser afetado pelo o outro.

É importante destacar que os sentidos atribuídos a saúde também precisam ser considerados, pois é o lugar onde há uma interface entre biológico, psicológico e social. De acordo com Concone (2003), os sentidos sobre saúde são configurados pela diversidade cultural, a subjetividade humana e a interação entre esses dois aspectos.

A saúde e a doença são preocupações universais, no entanto, é através da cultura que se organizam os pensamentos em relação a compreensão da definição conceitual de saúde e doença, suas origens, as técnicas de cuidado e as experiências de saúde (LANGDON, 2014). Esta pesquisa está pautada na perspectiva teórica da vulnerabilidade, proposta por Ayres e colaboradores (2012). Portanto, compreende que os processo de saúde e doença são perpassados por dimensões individuais, sociais e programáticas, tendo em vista superar as explicações individualizantes. Até mesmo a dimensão individual deve ser compreendida enquanto intersubjetividade, no sentido de que as pessoas se constituem em relação (MEDEIROS, SILVA & SALDANHA, 2013).

Para compreender os sentidos de saúde é preciso adotar como procedimento metodológico a oferta do espaço de fala do sujeito, pois assim é possível obter resultados que expressam as intepretações acerca das definições de saúde (CASTELLANOS, 2014). Ao

oferecer a escuta para que os atores sociais falem sobre saúde, permite-se aos sujeitos que se expressem a partir de suas idiossincrasias, uma vez que as concepções sobre determinado fenômeno são perpassadas pelas condições de vida e saúde.

Mediante o exposto, este estudo tem objetivo analisar as concepções sobre saúde de pessoas na maturidade e na velhice residentes em cidades rurais.

## **2 – Metodologia**

### *Delineamento*

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa.

### *Participantes*

A escolha dos participantes se deu de forma não probabilística e acidental. Uma amostra representativa da população foi determinada por um processo de múltiplos estágios, estratificada por macrorregião de saúde do Estado da Paraíba, regiões de saúde e municípios. Para estimativa do tamanho da amostra das pessoas na maturidade e na velhice (50 anos ou mais de idade), utilizou-se o planejamento amostral sugerido por Gil (1999), considerando o intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 5% e a prevalência estimada em 50%. A partir do último censo populacional (IBGE, 2010), verificou-se que a Paraíba possui 928.660 pessoas residindo em cidades rurais, das quais 21% eram de pessoas com idades iguais ou superior a 50 anos (IDME, 2011), correspondendo a 195.322 pessoas. Deste modo, a estimativa inicial da amostra era de 385 pessoas com idades igual ou superior a 50 anos, residentes em municípios rurais (população com menos de 11.000hab).

A amostra final deste estudo foi de 406 pessoas com idades igual ou superior a 50 anos. A idade dos participantes variou de 50 a 92 anos ( $M=61$ ;  $DP=8,7$ ), sendo a maioria do sexo feminino (70%). A inclusão das pessoas com idade igual ou superior a 50 anos se faz necessária tendo em vista a perspectiva do envelhecimento ativo que sugere otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança à medida que as pessoas envelhecem, não se restringindo às pessoas acima de 60 anos. Assim, a identificação das vulnerabilidades em idades anteriores aos 60 anos possibilitará o delineamento de demandas e possíveis intervenções de forma preventiva, focando a promoção de saúde. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: a) recusa a participar do estudo; b) ausência de informações importantes no questionário; c) questionários devolvidos com muitas questões em branco ou contendo respostas inválidas.

### *Instrumentos*

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: a) Questionário sociodemográfico com questões versando sobre renda, escolaridade, cidade de residência, idade, religião, estado civil e sexo; b) Questionário semiaberto: com duas questões abertas sobre concepções acerca da saúde e sobre os aspectos que poderiam melhorar a saúde.

### *Procedimentos*

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética, foi iniciada a coleta dos dados. Os participantes foram abordados em praças, logradouros e casas. Ao serem contatados, era explicitando aos participantes os objetivos do estudo e o caráter voluntário da sua participação, seguido da assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE). Após a assinatura dos termos, foi realizada aplicação do instrumento (Questionário sociodemográfico Questionário semiaberto). A aplicação dos instrumentos se deu de forma individual.

### *Tratamento e análise dos dados*

Os dados decorrentes do questionário sociodemográfico foram processadas através do software SPSS e analisados através de estatística descritiva. Os conteúdos apreendidos por meio do Questionário semiaberto foram analisados através da análise de conteúdo do tipo categorial temática, conforme Bardin.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Em relação ao perfil sociodemográfico dos participantes, 50% dos participantes possuía idade na faixa etária de 50 a 59 anos, e os outros 50% na faixa etária de 60 a 92 anos. A maioria dos participantes foi do sexo feminino (70%). A maioria dos participantes se declararam católicos (85,6%), 13,4% se declararam evangélicos, um participante se autodenominou espírita (0,2%), e 0,7% (três participantes) se declararam sendo de outras denominações religiosas. Outros dados sociodemográficos podem ser observados na tabela 1 abaixo:

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes

|                                    | Variáveis                   | n          | %           |
|------------------------------------|-----------------------------|------------|-------------|
| <b>Escolaridade</b><br>(n=395)     | Sem escolaridade            | 87         | 22          |
|                                    | <b>Ensino fundamental I</b> | <b>166</b> | <b>42</b>   |
|                                    | Ensino fundamental II       | 54         | 13,7        |
|                                    | Ensino Médio                | 55         | 13,9        |
|                                    | Superior                    | 33         | 8,4         |
| <b>Situação Laboral</b><br>(n=297) | Empregado                   | 97         | 32,7        |
|                                    | Desempregado                | 42         | 14,1        |
|                                    | <b>Aposentado</b>           | <b>158</b> | <b>53,2</b> |
| <b>Renda familiar</b><br>(n=331)   | Sem renda                   | 1          | 0,3         |
|                                    | Menos que 1 salário         | 77         | 23,3        |
|                                    | <b>1-2 salários</b>         | <b>222</b> | <b>67,1</b> |
|                                    | 3-4 salários                | 30         | 9,1         |
|                                    | Mais que 4 salários         | 2          | 0,3         |
| <b>Estado Civil</b><br>(n=403)     | <b>Casado</b>               | <b>266</b> | <b>66</b>   |
|                                    | Solteiro                    | 46         | 11,4        |
|                                    | Divorciado                  | 31         | 7,7         |
|                                    | Viúvo                       | 60         | 14,9        |

### 3 – Resultados e Discussões

Em geral, verifica-se que os participantes têm renda familiar de até dois salários mínimos e possuem até oito anos de escolaridade. A baixa escolaridade das pessoas na maturidade e velhice residentes em cidades rurais corrobora os resultados da pesquisa de Sampaio et al (2017). De acordo com os autores, este dado pode estar atrelado a priorização do trabalho em detrimento a educação ao longo da vida. A baixa escolaridade e renda também está associada a maior suscetibilidade ao adoecimento (Silva, 2011).

Além dos aspectos sócio-demográficos, investigou-se junto aos participantes suas concepções sobre saúde a partir das seguintes questões: *O que para o senhor/senhora é saúde? Que aspectos ajudam a melhorar a saúde na sua opinião?*

A partir da análise categorial temática, emergiram duas classes temáticas, cinco categorias e dezenove subcategorias, conforme apresentado abaixo.

Tabela 2. Análise de conteúdo através da técnica categorial temática sobre saúde

| Classe temática               | Categorias              | Subcategorias                            | Unidades de conteúdo |
|-------------------------------|-------------------------|--|----------------------|
| <b>Concepções sobre saúde</b> | Conceito de saúde       | Fundamental/Prioridade                   | 77                   |
|                               |                         | Bom/melhor da vida                       | 67                   |
|                               |                         | Estar/viver bem                          | 50                   |
|                               |                         | Bem-estar psicológico                    | 23                   |
|                               |                         | Bem-estar físico                         | 17                   |
|                               | Auto avaliação de saúde | Ausência de doença                       | 23                   |
|                               |                         | Avaliação negativa                       | 30                   |
| <b>Promotores de saúde</b>    | Programáticos           | Avaliação positiva                       | 04                   |
|                               |                         | Assistência médica                       | 66                   |
|                               |                         | Acesso/Atendimento dos serviços de saúde | 46                   |
|                               |                         | Insatisfação com serviços de saúde       | 24                   |
|                               |                         | Disponibilidade de Medicamento/Exames    | 28                   |
|                               | Sociais                 | Condições de vida                        | 42                   |
|                               |                         | Alimentação adequada                     | 30                   |
|                               |                         | Cuidados/prevenção                       | 23                   |
|                               | Individuais             | Práticas espirituais/religiosas          | 06                   |
|                               |                         | Atividade física                         | 26                   |
|                               |                         | Melhorar de doenças                      | 37                   |
| Mudar estilo de vida          |                         | 35                                       |                      |

No tocante as concepções sobre saúde das pessoas na maturidade e velhice, destaca-se o conceito de saúde associado a algo fundamental e prioridade na vida (77), como o melhor da vida (67), estar e viver bem (50), bem-estar psicológico (23), bem-estar físico (17), a ausência de doença (23). Além disso, em geral, os participantes avaliaram sua saúde de forma negativa (30).

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe uma nova descrição do conceito de saúde, que se refere ao completo bem-estar físico, psíquico e social. Apesar das

inúmeras críticas, tendo em vista que o “completo” acaba reportando a algo inatingível e amplo, tratou-se de um conceito proporcionou a ampliação da visão sobre saúde para além da ordem orgânica (RIBEIRO, 2011). Essa concepção, em parte, foi o que norteou a maioria das unidades de conteúdo dos relatos dos participantes residentes em cidades rurais, à exemplo destaca-se o “viver bem”, “melhor da vida” e “bem-estar psicológico”. De acordo com Silva e Silva (2014), os sentidos conferidos a saúde são plurais, ou seja, cada sujeito interpretará de modo singular. Porém, a subjetividade está ligada também com os tecidos sociais, políticos, culturais, históricos. Portanto, não são sentidos estáticos e cristalizados, mas fluidos e construídos cotidianamente através das relações entre as pessoas, significados e ressignificados.

De outro modo, considerando os aspectos que caracterizaram o conceito de saúde, é possível identificar compreensões ligadas a ausência de doença, definição utilizada no século XVIII para reportar a saúde sob o viés negativo. Tal entendimento tem relação com o pensamento proveniente de Descartes que compreendia o homem como uma máquina, numa dicotomia mente/corpo, reverberando em explicações que estabelecem uma fronteira entre saúde e doença. Foi nessa perspectiva que, por um certo tempo, o modelo biomédico se fundamentou, passando a diagnosticar e tratar as doenças sem conectar com os problemas psicológicos e/ou sociais. De certo modo, ao reportarem a esse entendimento de saúde demonstra o aspecto histórico e social que atravessam as compreensões e os discursos (VÊLOSO et al,2011).

Viver em uma cidade rural produz inúmeras especificidades no modo de viver dos idosos, dentre elas podemos mencionar o sentimento de pertença ao local, as mudanças ocorridas na cidade acontecem de maneira mais lenta, as atividades laborais podem ser estendidas, os costumes e tradições são mais preservadas e valorizadas do que em cidades de grande porte. Os vínculos familiares e comunitários podem ser redes de apoio que fornecem cuidado e apoio. Os familiares residem, em alguns casos, em domicílios próximos das casas dos idosos propiciando um estreitamento dos laços e suporte social. Vale destacar que, não são todos os idosos que vivem em cidades rurais que experimentam essas características, tendo em vista que cada lugar possui sua realidade e cada modo de viver também (BOMBARDELLI, 2017).

Ao indagarmos os idosos sobre os aspectos para se alcançar ou melhorar a saúde, foram obtidos resultados que podem ser agrupados em três categorias temáticas: os programáticos, sociais e individuais. Nos programáticos foram identificados crenças que se referiram a assistência médica (66), o acesso e atendimento aos serviços de saúde (24), disponibilidade de medicação e exames (28). Em termos sociais, foram mencionadas condições de vida (42) e

alimentação adequadas (30). Por fim, as individuais foram enfatizadas as melhorias de doenças (37), mudanças em estilos de vida (35), atividade física (26), cuidados em saúde e prevenção de doenças (23) e práticas espirituais/religiosas (06). Os conteúdos extraídos das respostas dos idosos, reportam a teoria da vulnerabilidade e seus eixos de análises, mas para compreender essas dimensões é necessário exibir tal teoria.

Ayres e colaboradores (2003), fundamentaram o conceito de vulnerabilidade, para torna-lo objeto de conhecimento no campo da saúde. Esse conceito surge em resposta a descoberta do HIV/Aids, pois perceberam que os determinantes da epidemia percorriam caminhos para além de uma patogênese e um determinado agente viral (CASTANHA; COUTINHO; SALDANHA; OLIVEIRA, 2006). A partir dessa percepção, crítica e reflexiva, surge a teoria da vulnerabilidade, preocupada com a suscetibilidade orgânica, a estruturação dos serviços de saúde, os aspectos comportamentais, econômicos, culturais e políticos. Os autores alertam para o fato de que, apesar da teoria ter sido criada ligada ao HIV/Aids é aplicável em qualquer área da saúde pública.

De acordo com Ayres et al (2003) o conceito de vulnerabilidade surge no campo do Direito, que contemplava a compreensão de que existiam grupos e indivíduos fragilizados, do ponto de vista jurídico, no usufruto de seus direitos provedores da cidadania. No tocante a saúde, o conceito aparece, inicialmente, nos Estados Unidos, em 1992, através da interseção entre os ativistas do HIV/Aids e os movimentos de Direitos Humanos. Assim, o conceito passa a ser analisado também sob o olhar da saúde pública e ganha outras conotações. Alguns autores se debruçaram na tentativa de descrever o sentido do termo vulnerabilidade, para Ayres e colaboradores (2006) o conceito de vulnerabilidade diz respeito a suscetibilidade das pessoas adoecerem, resultante de aspectos individuais, contextuais, sociais e a disponibilidade de recursos de proteção. Dessa forma, a análise do processo saúde-doença, considera os indicadores de iniquidades e desigualdade social (MEDEIROS; SILVA; SALDANHA, 2008; SILVA, 2011). A vulnerabilidade está posta anteriormente ao risco e determina a infecção, o adoecimento e a morte.

As análises da vulnerabilidade podem ser divididas em três eixos: a programático, individual e social. O aspecto individual reporta-se as informações que as pessoas possuem acerca do seu problema de saúde, a possibilidade de assimilar e introduzir nas circunstâncias cotidianas esses conhecimentos de maneira transformadora, ou seja, sendo fonte de proteção (AYRES et al, 2012).

De acordo com os autores supracitados, o elemento programático refere-se aos recursos ofertados as pessoas para se protegerem do adoecimento e agravos, de maneira democrática e

eficaz. Essa oferta expressa-se através de instituições de saúde, as políticas públicas para a educação, o lazer, a cultura, são promotoras de superação das circunstâncias e vulnerabilidades. Portanto, quanto maior o compromisso dos serviços de saúde, o monitoramento desses lugares e a disponibilização de recursos com maior intensidade será o fortalecimento dos sujeitos diante o processo de adoecimento.

A dimensão social abarca a oferta de informações com qualidade de conteúdo, dispersar as relações de poder no sentido de que as decisões de saúde também sejam pensadas a partir dos entendimentos da população, isso é possível através do acesso aos meios de comunicação, educação, recursos materiais. A entrada nesse nível de inserção social viabiliza a anulação de barreiras culturais e situações de violência.

Ao realizarmos uma articulação entre os dados evidenciados pela pesquisa a qual estamos apresentando, percebemos que os aspectos individuais, sociais e programáticos estiveram presentes nos relatos dos idosos. Em relação a dimensão programática foi mencionado o acesso aos serviços de saúde, a exames e medicações de qualidade, esses detalhes são produtores de melhorias da saúde, de acordo com a percepção dos idosos. No entanto na realidade brasileira esses recursos ainda são incipientes e comprometem a saúde da população.

As condições sociais exteriorizadas foram as melhorias nas condições de moradia e alimentações dignas. No tocante aos aspectos individuais referiram a melhoria de doenças próprias, mudança de estilos de vida, cuidados em saúde e prevenção de doenças. Essas referências podem estar ligadas com a fragilidades no acesso as instituições e as informações de saúde. Busato et al. (2014) ao analisar a autopercepção de saúde e as vulnerabilidades em idosos, apontam que os recursos sociais, individuais e programáticos são potencializadores para o enfrentamento das adversidades vivenciadas durante a fase da velhice e minimizador das vulnerabilidades.

É imprescindível levar em consideração o contexto de vida que os sujeitos estão imersos, as realidades sociais circundam as expressões das pessoas, influenciando na interpretação acerca da sociedade e na tomada de posicionamento diante as situações cotidianas. A fragilização do poder público em sua garantia de proteção social cria e fortalece circunstâncias de opressão, formas desiguais de acessar as políticas e serviços de saúde e esconde os contextos marcados pela vulnerabilidade (CARMO; QUIZARDI, 2018).

#### **4 – Considerações Finais**

A saúde apresentou-se como conceito dinâmico e perpassado por processos intersubjetivos, não se limitando às medidas estatísticas, uma vez que se trata de categoria que deve ser compreendida a partir dos contextos de vida das pessoas. Para a análise dos processos de vulnerabilidades em saúde, se faz necessário entender as concepções de saúde dos envolvidos neste processo, justificando-se, assim, a investigação das concepções sobre saúde a partir da perspectiva dos atores sociais.

Este estudo evidenciou que as pessoas na maturidade e velhice apresentam concepções sobre saúde que estão perpassadas pelos seus contextos de pertença, incluindo as condições objetivas de vida, como alimentação. As melhorias das condições de saúde passam por aspectos de ordem individual, mas social e programático. O viver em localidades onde os acessos aos serviços de saúde são ausentes ou fragilizados, além das condições de renda e alimentação, repercutiram nas concepções de saúde. Além disso, a maioria dos participantes avaliaram a própria saúde como negativa.

A teoria da vulnerabilidade parte do pressuposto de que as desigualdades sociais são fontes de adoecimento. A sociedade calcada em valores e condições sociais de solidariedade e justiça são fontes de proteção ao adoecimento. Consequentemente, as etiologias das doenças são importantes, mas não respondem a problemática de maneira completa das questões de saúde/sociais. Assim, espera-se que a presente pesquisa sirva para subsidiar investigações posteriores que levem em consideração esses eixos de análises da teoria da vulnerabilidade no estudo das populações residentes em contextos rurais, sobretudo as de maior idade.

## Referências

AYRES, J.R.C; PAIVA, V; JÚNIOR, F. F. I. F. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, J. R. C. M. AYRES, & C. M. BUCHALLA. (Orgs). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: livro I, da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.

AYRES, J. R.C. et al. O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S; MINAYO, M. C.S; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.375-417.

AYRES, J. R.C; FRANÇA JUNIOR, I; CALAZANS, G.J; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. (Orgs), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-139.

BOMBARDELLI, C. et al. Qualidade de vida de idosos residentes em município com características rurais do interior do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n.1, 2017.

BUSATO, M. A. et al. Autopercepção de saúde e vulnerabilidades em idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.38, n.3, 2014, p.625-635.

CARMO, M.E; QUIZARDI, F. L.O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Ensaio - Cad. Saúde Pública*, v.34, n. 3, 2018.

CASTANHA, A. R. et al. Conseqüências biopsicossociais da AIDS na qualidade de vida de pessoas soropositivas para o HIV. *DST J bras doenças sex transm*, v. 18, n. 2, p. 100-07, 2006.

COELHO, M.T., & FILHO, N.A. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, R. M. MARSIGLIA, & M. H. GOMES. (Orgs). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 101-113.

FREITAS, C.M. As ciências sociais e o enfoque ecossistêmico de saúde. In: M. C. MINAYO, & C. E. COIMBRA – JUNIOR. (Orgs). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 47-59.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.4, p. 1019-1029, 2014.

MEDEIROS, B., DA SILVA, J., SALDANHA, A. A. W. Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Estudos de Psicologia*, v. 18, n. 4, p.543-550, 2013.

MEDEIROS, B.; SILVA, J.; SALDANHA, A. W. Morte e Morrer e qualidade de vida: influencia da participação social e da religiosidade na sobrevivência de pessoas acima de 50 anos VIH+. In: *IX Congresso Virtual HIV/AIDS: A Infecção VIH e o direito*, 2008.

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. C.G; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.18, n. 3,2016.

RIBEIRO, J. L. P. A Psicologia da Saúde. In: Alves, R. G. S. (Org). *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

SAMPAIO, L. S. et al. Qualidade de vida em idosos residentes em zona rural e urbana. *Revista eletrônica da FAINOR*. Vitória da Conquista, v.10, n.3, p. 391-406, 2017.

SAWAIA, B.B. O sentido ético-político da saúde na era do triunfo da tecnobiologia e do relativismo. In: P. GOLDENBERG, R. M. MARSIGLIA, & M. H. GOMES. (Orgs). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 83-94.

SILVA, F. A., SILVA, I. R. Sentidos de saúde e modos de cuidar de si elaborados por homens usuários de Unidade Básica de Saúde- UBS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.2, p. 417-428, 2014.

SILVA, J. *O impacto da AIDS na Saúde Mental e Qualidade de Vida de pessoas na maturidade e velhice*. Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba, 2011.

SILVA, J. et al. Qualidade de vida no contexto do HIV/AIDS: um estudo comparativo com a população em geral. *DST j. bras. doenças sex. transm*, v. 25, n. 2, p. 88-92, 2013.

VÊLOSO, T. M. G et al. Os sentidos do termo Saúde em discursos de praticantes e não-praticantes de atividades físicas da cidade de Campina Grande/PB. In: Alves, R. G. S. (Org). *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande: EDUEPB, 2011.