

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ENVELHECER ENTRE PÁSSAROS E ANJOS:
UM ESTUDO ETNOGRÁFICO SOBRE O PROCESSO SAÚDE
DOENÇA DO IDOSO NO CONTEXTO FAMILIAR**

MEINE SIOMARA ALCÂNTARA

**NATAL/RN
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MEINE SIOMARA ALCÂNTARA

**ENVELHECER ENTRE PÁSSAROS E ANJOS:
UM ESTUDO ETNOGRÁFICO SOBRE O PROCESSO SAÚDE
DOENÇA DO IDOSO NO CONTEXTO FAMILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora:

Prof^a Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes

**NATAL/RN
2007**

Divisão de Serviços Técnicos
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Alcântara, Meine Siomara.

Envelhecer entre pássaros e anjos: um estudo etnográfico sobre o processo saúde doença do idoso no contexto familiar / Meine Siomara Alcântara. – Natal [RN], 2007.

172 f.

Orientador: Rejane Maria Paiva de Menezes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Enfermagem. Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Saúde do idoso - Dissertação. 2. Família - Dissertação. 3. Cultura - Dissertação. 4. Velhice – Dissertação. 5. Processo saúde doença – Dissertação. I. Menezes, Rejane Maria Paiva de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 613.98(043.3)

MEINE SIOMARA ALCÂNTARA

**ENVELHECER ENTRE PÁSSAROS E ANJOS: UM ESTUDO
ETNOGRÁFICO SOBRE O PROCESSO SAÚDE DOENÇA DO IDOSO
NO CONTEXTO FAMILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Aprovada em: 07 / 02 / 2007, pela banca examinadora.

Prof^a Dr^a. Rejane Maria Paiva de Menezes - Orientadora
(Departamento de Enfermagem/UFRN)

Prof^a Dr^a. Luz Angélica Muñoz Gonzalez - Titular
(Departamento de Enfermería - Universidad Austral de Chile - UACH)

Prof^a Dr^a. Bertha Cruz Enders - Titular
(Departamento de Enfermagem/UFRN)

Prof^a Dr^a. Raimunda Medeiros Germano - Suplente
(Departamento de Enfermagem/UFRN)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais,

Pedro Alcântara Gregório e Ocimar de Souza Alcântara, hoje já envelhecidos, carregam o peso dos anos vividos, tão diferentes que se complementam, paíinho com seu jeito quieto e manso, tão generoso, o seu mundo é a sua bodega e sua casa. Mãinha, com sua inquietação, sua faceirice, é mulher de mil planos, mas com o coração maior que tudo, ensinaram-me a ir atrás dos meus sonhos, estando sempre ao meu lado, em qualquer lugar, em todo tempo, amando-me, guiando-me pelo caminho do bem...Sou um pouquinho de vocês!

A Amaro Ponciano de Andrade e Maria Madalena de Andrade (in memoriam),

Meus pais de coração, a mamãe que tinha o abraço mais afetuoso do mundo, a papai que me ensinou os primeiros passos de dança, e que levava bananada à escola. Que fizeram a minha infância com sabor de leite e arroz quentinhos, e de muito amor. Saudades...

Aos meus avós,

Francisca Clara de Souza e Francisco Guilherme de Souza (in memoriam),

O quanto eram gostosas as férias em Mossoró, andar de misto, ir ao mercado comprar alfenin e bonecas de pano. Vovô que descobri tempos depois, que foi um revolucionário, que lutou contra a injustiça social imposta ao seu povo, e a vovó, que foi uma grande parceira naquela caminhada. São tantas histórias, tantas lembranças...

Aos meus filhos,

Vítor, meu sempre Vitão, grande de coração e de caráter, meu amado filho, que sem ao menos perceber, tornou-se um homem, apesar de tão menino. Desculpa a invasão de privacidade, pois fiz do seu quarto, do seu cantinho, minha sala de estudo. Te amo!

Maira, a princesa das princesas, seu sorriso me encanta, sua sensibilidade me faz crescer, seu carinho me deixa feliz, suas palavras, às vezes me deixam confusa de tão sábias, me fazendo repensar o caminho da vida. A sua presença faz as minhas manhãs mais iluminadas. Te amo!

Ao meu companheiro Nildo,

Que bom estarmos juntos, crescendo, amadurecendo, criando nossos filhos, enfrentando, às vezes, alguns desafios... Que seria de mim sem a sua presença... , por tantas razões, ditas e não ditas... ouvindo as canções de Maira, corrigindo os erros de português, bebendo vinho nas madrugadas para amenizar as horas em frente a um computador... Cuidando de mim, vibrando a cada obstáculo ultrapassado... me amando.

Aos meus irmãos,

Margareth, Neto e Fátima, apesar de algumas vezes não estarmos tão próximos, mas o afeto que tenho por vocês ultrapassa o tempo e a distância. Sei que torcem por mim.

HOMENAGENS ESPECIAIS

À Prof.^a Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes,

Que me acolheu carinhosamente de volta aos bancos acadêmicos, sem ao menos me conhecer, que estar me fazendo ser capaz de realizar um dos meus sonhos. Que não foi só simplesmente uma orientadora da Pós-Graduação, mas uma amiga, companheira, confidente, com sua ternura, amabilidade e competência corremos atrás do maravilhoso mundo de estudar a velhice. E como foi prazerosa essa nossa caminhada. Agradeço de coração.

A Clarinha, sua fonte de viver, menina que está desvendando esse maravilhoso mundo da vida, eu deixo um daqueles beijos e abraços tão calorosos.

À Prof^a Maria Salete Bezerra da Costa,

Que me levou até as mãos de Rejane, acreditando nas minhas possibilidades. Sinto saudades da sua presença em Felipe Camarão, da sua vivacidade, de estar sempre inventando, do seu maravilhoso sorriso, das idas aos grupos de hipertensos e idosos, dos passeios que fazíamos, deixando os idosos mais felizes ao sair um pouco do seu cotidiano e acreditar que saúde também se faz com o coração

À Prof^a Dra Raimunda Medeiros Germano,

A sua simplicidade e sabedoria me fascinam. Suas palavras sempre tão afetuosas, ecoam como doces canções neste mundo às vezes frio do espaço acadêmico. Suas aulas são as mais prazerosas, nos fazem sentir gente, que pensa, que chora, que ama. Sua postura ética e seus ensinamentos enriquecem o corpo e a alma. Quão maravilhoso é tê-la como professora!

À Prof^a Bertha Cruz Enders,

Fada-madrinha da enfermagem do Rio Grande do Norte, que veio do distante Reino do Norte, e, com sua varinha mágica, tocou os milhares de enfermeiros que estão caminhando ao longo da vida. O seu saber e rigor científico traduzem o admirável mundo da pesquisa, do querer aprender sempre e conquistar espaços para a enfermagem. A minha mais profunda admiração.

À Prof^a Akemi Iwata Monteiro,

Que sempre nas suas aulas de campo, em Felipe Camarão, dava um jeitinho de me ajudar. Sou-lhe eternamente grata. Sua presteza e cuidados com as crianças do CD é algo admirável, não é somente ser professora, é se envolver, é acolher aquela população que tantos “nãos” recebem ao longo da vida. E você, Akemi, faz isso muito bem.

A Ormiza Clara de Souza,

Tia, amiga, profissão que nos aproxima, enfermeira. Está sempre velando por mim, torcendo, mesmo que de longe, por minhas conquistas, amparando-me quando fracasso. Grande mulher que soube conquistar seu espaço, apesar de tantas adversidades, buscando a felicidade a cada raio de sol no amanhecer de um novo dia. Te gosto.

À amiga Jussara de Paiva Nunes,

Como sabiamente fala Maira, não só acertei na escolha da madrinha, como também em tê-la como amiga. Com você aprendi o verdadeiro sentido da amizade, e, como diz o poeta, “amigo a gente acolhe, recolhe e oferece lugar pra dormir e comer... amigo que é amigo quando quer estar presente faz-se quase transparente sem deixar-se perceber...amigo é pra ficar, se chegar, se achegar se abraçar, se beijar, se louvar, bendizer.” Você é assim Jussara, em qualquer tempo, você se faz verdadeiramente presente.

A Ariane Rose Macedo de Oliveira,

Mais de que uma colega de trabalho, você se tornou uma amiga ao longo desses oito anos de PSF. Nos anos de graduação, éramos simplesmente colegas de turma, cada uma na sua turminha, cada uma com seus sonhos. E aí qual foi minha surpresa, estávamos juntas no caminho da vida. E como está sendo gratificante essa trajetória. Parecemos, às vezes, muito diferentes, você técnica, objetiva, falando de gráficos e mortalidade infantil; eu, sonhadora, indo em busca da população, dançando pastoril. Mas ambas com os mesmos sonhos, que possamos contribuir para a melhoria da qualidade de vida de população de Felipe Camarão. Talvez a nossa participação seja uma estrelinha bem longe na imensidão da galáxia, mas ela estará sempre ali forte, brilhando nos céus de Felipe Camarão

À minha amada equipe

À minha querida equipe, que tantas vezes sofreu com minha ausência. Entender que o aprendizado faz parte dessa história é uma difícil missão. Agradeço de coração a cada um de vocês. Mas, equipe é feita de gente..., gente como Yara que não está mais conosco, mas continua nos nossos corações..., gente como Graça, que em tão pouco tempo conquistou a população de Felipe Camarão..., gente como D. Livramento que segue seu destino com magníficas transformações pessoais..., gente como Rudnilson que soube ultrapassar o seu problema em prol da luta por melhores dias do seu povo..., gente como D. Jeane, tão calma, eficiente e de um grande coração..., gente como Selma, que bom estar voltando ao Teatro, sendo uma grande atriz..., gente como Jonas, tão caprichoso e amável para sua família..., gente como Luciano, que tão manso, é amado pelas pessoas com quem convive..., gente como Darci, tão prestativa e pontual nos seus afazeres, querendo acertar sempre... e gente como D. Francisca, que seja bem-vinda a uma equipe tão calorosa.

Aos velhos de Felipe Camarão...

Convocatória,

Convoco a todos, jovens, crianças, adultos e velhos, para fazermos uma grande revolução!

Não das idéias, não com armas, e sim das nossas almas, para que possamos criar um outro mundo, uma nova sociedade, isenta de preconceitos, de estigmas, de discriminações.

Que possamos chamar os nossos velhos, de velhos simplesmente, por que não? Sem vergonha, sem medo de ser feliz. Que idoso, terceira idade, meia idade, melhor idade ou outras denominações que foram criadas por alguns, sejam abolidas, pois velho é algo muito maior que estas criações.

Que os velhos possam viver com dignidade, apesar de tantas adversidades.

Que os homens e as mulheres que fazem as políticas públicas deste imenso e maravilhoso país, mesmo com tantas desigualdades sociais, consigam tornar amenos aqueles que sempre receberam os Nãos, e que hoje estão duplamente excluídos, além de velhos, pobres.

Que as fadas madrinhas, os anjos, os duendes, todos os seres encantados toquem em cada alma humana com sua magia, revelando muito carinho, afetividade, respeito, solidariedade, dignidade e justiça social, para juntos vislumbrarmos uma velhice plena.

Obrigada a todos os velhos que me receberam em suas casas com muito carinho, simplicidade, sorrisos e gentileza, obrigada por tornarem este estudo tão prazeroso e encantador.

Meine Siomara Alcântara.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, mistério e força maior que nos conduz.

À Prof^a Dr^a Rejane Maria Paiva de Menezes, pela paciência, dedicação, reflexões, livros, textos, sempre buscando o meu engrandecimento como aluna e como pessoa. A minha gratidão.

À Prof^a Dr^a Luz Angélica Muñoz, pela gentileza e disponibilidade em aceitar nosso convite para participar da banca examinadora, atravessando rios e montanhas para contribuir com seus ensinamentos e refletirmos sobre as perspectivas da velhice.

À Prof^a Dr^a Glaucea Maciel de Farias, que gentilmente, não medindo esforços, contribuiu para a vinda da Prof^a Luz Angélica para o nosso convívio. Obrigada.

Ao Prof^o Dr. Gilson Vasconcelos Torres, que nos corredores da Pós-Graduação, com tantos afazeres, ainda teve tempo de dar algumas dicas. Obrigada.

Aos Professores da Pós-Graduação em Enfermagem, Akemi, Bertha, Gilson, Glaucea, Francinete, Raimunda, Rejane, Rosalba, Rosineide e Soraya, alguns, já os conhecia na Graduação, outros, passaram a fazer parte deste novo convívio, todos, porém, trouxeram inestimáveis contribuições científicas para o meu aprendizado.

Às Professoras Maria Francinete de Oliveira e Bertha Cruz Enders, do Departamento de Enfermagem, e ao Prof^o Carlos Guilherme do Valle, do Departamento de

Antropologia, que participaram da Banca de Qualificação e trouxeram valiosas contribuições para o meu estudo, muito obrigada.

Ao Prof^o Dr. Horacio Accioly Filho, professor de Departamento de Educação Física, que me acolheu com muita simpatia, e prontamente se dispôs a realizar e dividir seus ensinamentos.

À Prof^a Maria da Silva Santana, gente de alma boa e coração solidário, acolheu-me em sua casa e mostrou-me o engenhoso e fascinante caminho do ALCESTE. Santana, obrigada.

A Prof^a Rosana Lúcia Alves de Vilar, professora do Departamento de Enfermagem, alguém muito especial na minha vida profissional e com sua competência e gentileza sempre se dispôs a ajudar-me além de compartilharmos prêmios no mundo científico.

As professoras, Aurinete Girão, do Departamento de História da UFRN, a Ana Mércia Duarte, Professora do CEFET e a Professora Altamira Medeiros, que foram anjos e me ajudaram no momento crucial do término do estudo.

A Renata, que, comigo, adentrou nas casas dos idosos, vendo e ouvindo como vivem essas pessoas que foram tão generosos em nos atender, que participou desde o primeiro momento da entrada no campo, me ajudou nos emaranhados aparelhos tecnológicos, que eu teimo em não aprender, e que com sua inteligência e juventude está traçando o seu caminho de luz. O meu mais carinhoso obrigada.

A Vamilson, aluno de enfermagem, sua postura ética me fascina. Seu caráter e sua gentileza sempre disposto a me ajudar nestes últimos tempos foram fundamentais. Obrigada de coração.

Às colegas de Mestrado, Ana Elza, Débora, Elizabete, Izabel, Jussara, Laureana, Lúcia e Sheila, de tão distintos lugares e com os mais diversos temas, mas por mais variados que fossem havia um objetivo comum, o ser humano. Como foi gratificante conhecê-las e sei que sentirei saudades...

Aos Agentes Comunitários de Saúde que estiveram comigo e que contribuíram significativamente nas visitas aos idosos. Eles que conhecem mais do que ninguém os anseios e desejos da população de Felipe Camarão, são, portanto fundamentais. Agradeço de coração a Alexsandra, Ana Luiza, Janeide, Livramento, Luciano, Lucineide, Margarida, Rejane, Rita de Cássia, Rita Sales e Valdelice.

Às enfermeiras da USF Felipe Camarão II, que souberam compreender a minha ausência, e estavam sempre dispostas a ajudar. A Ariane, amiga, sempre atarefada com inúmeros problemas da sua área, mas que sempre tem tempo para o Fórum de Qualidade de Vida; a Ligia, que chegou tempo depois, porém, com seu modo carinhoso de ser, solidária, vem conquistando a todos; a Clymary, sempre muito organizada, impondo sua autoridade sem perder a delicadeza.

A todos os profissionais da Unidade de Saúde da Família Felipe Camarão II, enfermeiros, médicos, agentes de saúde, diretora, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistente social, psicóloga, auxiliar da farmácia e do laboratório, arquivistas, auxiliar de

serviços gerais, que estiveram ao meu lado e que por vezes sentiram a minha ausência, mas entenderam a difícil e prazerosa missão do mundo científico. A vocês, meu carinho.

A Anailde da Silva Neto, que mais que Diretora da USF Felipe Camarão II foi um ser humano admirável, compreendeu que esses momentos, longe do trabalho, são importantes para o crescimento da Instituição. Meu obrigado de coração.

A todas as colegas Enfermeiras do Hospital Giselda Trigueiro, pelo apoio e incentivo nesta trajetória do mestrado.

Aos meus queridos sobrinhos Guilherme, Gilmara, Silmara, Luciane, Laísa, Carol, Daniela, Diego, às vezes não tão próximos, mas acreditem, estão no meu coração, sei que torcem por cada vitória conquistada.

Aos amigos, que, sem vocês por perto, tudo seria tão vazio, cada encontro ou às vezes nem tantos encontros, mas basta saber que estão no meu coração, sem pedir licença para entrar, “amigo que é amigo aconchega, agasalha”. Amigos de tantos caminhos nesta deslumbrante história da vida, Jailma, Acássia e Micussi, Jacqueline e Adriano, Regina e Al, Geovana, Dedé, Naldo, Edilene e Márcio, Kelly e Didi, Graça e Tondy, Leila e Sérgio, Palhano e Marlene, Betânia, Lúcia, Rossilda, Alexandra, Anastácia, Eliane, Neuza, Ranilma, Iza, Marta, Alzira, Dilza, Dandinha, Lucila, Arlete, Rudnilson, Valdelice, Rejane, Jacilene, Fátima Pessoa, Yara e Magno, Tia Neide e Janiro, Tia Ormiza e Ricardo, Gisele, Maria dos Impossíveis e Tiquinho(in memoriam), Juvenal e Ednalva, Lourdinha e Josman, Alvamar e Angelita, Agslene e Zé Martins, Seu Mery Medeiros, Carlão. Que bom que tenho vocês.

A Célia, Sebastião, Naldo e D. Graça, funcionários da UFRN que estão sempre dispostos a nos ajudar nos corredores do Departamento de Enfermagem.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À Secretaria Municipal de Saúde em nome da Secretária Municipal de Saúde Dra. Maria Aparecida França e à Coordenação do Programa de Saúde da Família, pela possibilidade da realização deste mestrado.

Ao Distrito Sanitário Oeste e à Unidade de Saúde da Família Felipe Camarão II, pelo incentivo e apoio na concretização deste estudo.

Ao Hospital Giselda Trigueiro, em especial à Coordenadora de Enfermagem, Maria Lúcia da Silva Lima, por entender que precisamos alçar vãos maiores na trajetória da enfermagem.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por estar de volta aos bancos acadêmicos e proporcionar-me a realização de um sonho.

RESUMO

ALCÂNTARA, Meine S. **Envelhecer entre pássaros e anjos**: um estudo etnográfico do processo saúde doença do idoso no contexto familiar. Natal, 2007. 172p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2007.

Estudo, do tipo descritivo, guiado por princípios etnográficos, que objetivaram analisar o idoso no contexto familiar, em seu processo de saúde e envelhecimento, no bairro de Felipe Camarão, localizado na região administrativa Oeste do município de Natal/RN, cidade do Nordeste do Brasil. Os participantes do estudo são idosos com idades entre 61 e 84 anos, residentes nesse bairro, cuja maioria, é constituída por migrantes da região rural do Estado, aposentados, incluindo viúvos e casados, com baixa escolaridade. Para a coleta das informações, utilizou-se a entrevista semi-estruturada, a observação participante e o diário de campo, efetivando-se, na sua maioria, nos domicílios e na Unidade de Saúde da Família, no período de março a outubro de 2006. Para a discussão dos resultados, utilizou-se a análise de conteúdo temática e o programa ALCESTE (Análise Léxica por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto), através do qual emergiram dois *corpus*: o *corpus* I: Família e os idosos, e o *corpus* II, O idoso e a velhice na sociedade. A análise dos resultados permitiu concluir que a família, também utilizada pelas políticas públicas, como estratégia das suas práticas em saúde, é um suporte de apoio necessário para o cidadão idoso em seu processo de envelhecimento e de saúde. Os contextos familiares dos idosos permitiram identificar a existência de condições sociais mínimas de vida, e de novos re-arranjos das famílias atuais, através da convivência plurigeracional e da presença atuante da mulher idosa, como mantenedora dessa família; das relações de conflitos entre seus membros, num nível suportável de convivência. Diferentes concepções sobre a velhice e a pessoa idosa, originam desencontros e divergências, contudo, o apoio e a ajuda para resolução dos problemas e a atenção à saúde são provenientes dos familiares. Porém, nota-se que a solidão é algo presente no cotidiano desses idosos. Sobre a atenção à saúde, em nível de atenção básica, percebe-se haver ainda várias lacunas, principalmente no tocante às ações de promoção e prevenção, merecendo maior sensibilização e empenho por parte das instituições locais de saúde.

Descritores: Família; Cultura; Velhice; Processo Saúde Doença.

ABSTRACT

ALCÂNTARA, Meine S. **Grow old among birds and angels: an ethnographic study of the health disease process of the elderly within the familiar context.** Natal, 2007. 172p. Dissertation (Master's degree in Nursing) — Nursing Department, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2007.

Study, a descriptive-like one, is guided by ethnographic principles which have analyzed the elderly within the familiar context in his/her process of health and aging, in the neighborhood called Felipe Camarão, located in the western administrative region of Natal, RN, a Northeastern city of Brazil. The participants are elders aging 61 to 84 years old, living in this referring neighborhood, whose majority is constituted of migrants from the rural region of the state of the RN, retired, including widows, widowers and married couples, with low school-educational degree. For the information gathering it was utilized a semi-structured interview, the participant observation and the field diary, being put into effect, in majority, in the houses and in the Family Health Unit, in a period between March and October of 2006. For the results discussion it was utilized an analysis of thematic content and the program *ALCESTE* (In Portuguese, *Análise Léxica por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto* or *Lexical Analysis by Context of a Set of Text Segments*), which through have emerged two *corpus*: the *corpus* I, Family and the elderly, and *corpus* II, The elderly and the aging within society. The analysis of the results has permitted to conclude that the family, also used by the public policies as a strategy of their practices in health, it is a necessary base support for the elderly citizen in his/her process of aging and of health. The elders' familiar contexts have allowed this study to identify the existence of minimal social conditions of life, of new rearrangements of the current families by means of the plurigenerational acquaintanceship and the active presence of the elderly woman as a maintainer of this family; also by means of conflicted relationships among one another but in a bearable level of acquaintanceship. Different conceptions about the aging and the elderly generate disagreement and divergency however the family support and help for the solving of these problems and the attention to health are proceeding from the family components. However, it is noticed that loneliness is something present in these elder's everyday lives. About the attention to health, in a basic level of it, it was noticed that there are still a lot of gaps, mainly concerning promotional and preventing actions, deserving a higher sensitization and effort by the local health institutions.

Describers: Family; Culture; Aging; Health Disease Process.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Palavras associadas significativamente a classe 1 do *Corpus I*
- Quadro 2 Palavras associadas significativamente a classe 3 do *Corpus I*
- Quadro 3 Palavras associadas significativamente a classe 4 do *Corpus I*
- Quadro 4 Palavras associadas significativamente a classe 2 do *Corpus I*
- Quadro 5 Palavras associadas significativamente a classe 1 do *Corpus II*
- Quadro 6 Palavras associadas significativamente a classe 2 do *Corpus II*
- Quadro 7 Palavras associadas significativamente a classe 3 do *Corpus II*
- Quadro 8 Palavras associadas significativamente a classe 4 do *Corpus II*
- Quadro 9 Palavras associadas significativamente a classe 5 do *Corpus II*

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Classificação Hierárquica Descendente do *Corpus* I

Gráfico 2 Classificação Hierárquica Descendente do *Corpus* II

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ALCESTE	Análise Lexical Contextual de um Conjunto de segmentos de Texto
AVCI	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
CAPES	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CHESF	Companhia Hidrelétrica do São Francisco
COHAB	Companhia de Habitação
DETRAN	Departamento Estadual de Trânsito
DSO	Distrito Sanitário Oeste
EI	Estatuto do Idoso
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAPMs	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IAPs	Instituto de Aposentadoria de Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MMII	Membros Inferiores
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIAE	Plano Internacional de Ação Sobre Envelhecimento
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PSF	Programa de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RENADI	Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
SAMU	Serviço de Urgência e Emergência
SEDH	Secretaria Especializada Nacional dos Direitos Humanos
SEMURB	Secretaria Municipal do Meio Ambiente e Urbanismo
SESC	Serviço Social do Comércio
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMDC	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Comunitário
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDENE	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCEs	Unidade de Contexto Elementar
UCIs	Unidade de Contexto Iniciais
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UMS	Unidade Mista de Saúde
UnATI	Universidade da Terceira Idade
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

- Apêndice A Roteiro da entrevista etnográfica referente aos Familiares
- Apêndice B Roteiro da entrevista etnográfica referente aos Idosos
- Apêndice C Termo de consentimento SMS de Natal,
- Apêndice D Termo de consentimento DSO da Natal
- Apêndice E Termo de consentimento livre e esclarecido
- Apêndice F Lista de Fotografias
- Fotografia 01 “Favela do Fio”, Bairro de Felipe Camarão, Natal/RN
- Fotografia 02 Casal de idosos
- Fotografia 03 Detalhe de quadros representando santos em casa de idoso
- Fotografia 04 Pássaros em gaiolas na casa de idoso
- Fotografia 05 Óleos utilizados em massagens
- Fotografia 06 Escadaria de acesso à casa de idoso
- Fotografia 07 Família – Idoso, neta e bisneta
- Fotografia 08 Idosa caminhando numa das ruas da “Favela do Fio”,
Felipe Camarão, Natal/RN
- Anexo A Parecer consubstanciado de projeto de pesquisa N° 188/05
- Anexo B Mapa do Município de Natal/RN
- Anexo C Mapa da área de abrangência da Unidade de Saúde de Felipe Camarão II
- Anexo D Lista das Danças folclóricas do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

RESUMO	xvi
ABSTRACT	xvii
LISTA DE QUADROS	xviii
LISTA DE GRÁFICOS	xix
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xx
LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS	xxiii
SUMÁRIO	xxiv
1. INTRODUÇÃO	26
1.1. Objetivos	33
1.1.1. Objetivo geral	33
1.1.2. Objetivos específicos	33
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	34
2.1. Sobre antropologia e cultura	34
2.2. Cultura e saúde	37
2.3. Cultura, saúde e envelhecimento.	39
2.4. Reflexões sobre a velhice	42
2.4.1. Aspectos biológicos da velhice	43
2.4.2. Aspectos psicológicos da velhice	44
2.4.3. Aspectos antropológicos e sociais da velhice	45
2.5. Os significados do corpo	48
2.6. Políticas de atenção à saúde do idoso	51
2.7. A família na atenção à saúde do idoso	55
3. CAMINHOS METODOLÓGICOS	59
3.1. Conhecendo o contexto social	59
3.1.1. Um olhar em Natal	60

3.1.2.	Um olhar em Felipe Camarão	61
3.2.	O campo de investigação	64
3.3.	Aspectos éticos	67
3.4.	O encontro com idosos e familiares	68
3.4.1.	1º Momento – Contato Inicial	68
3.4.2.	2º Momento – Chegada ao campo	69
3.5.	Procedimentos de análise de dados	71
3.5.1.	Etapas de funcionamento do ALCESTE	72
3.5.2.	Interpretação e análise dos resultados	72
4.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
4.1.	Os idosos e o seu contexto familiar	83
4.2.	Discussão	107
4.2.1.	<i>Corpus I:</i> Família e Idosos	107
4.2.1.1.	Classe 1: A Família e as relações com os idosos	107
4.2.1.2.	Classe 2: A velhice sob o olhar da família	111
4.2.1.3.	Classe 3: Familiar como cuidador	115
4.2.1.4.	Classe 4: Rede de apoio e serviço de atenção à saúde	118
4.2.2.	<i>Corpus II:</i> O idoso e a velhice na sociedade	120
4.2.2.1.	Classe 1: Vivenciando a velhice	120
4.2.2.2.	Classe 2: A velhice sob a ótica dos idosos	128
4.2.2.3.	Classe 3: Enfrentando a doença	131
4.2.2.4.	Classe 4: O Cotidiano do Idoso	133
4.2.2.5.	Classe 5: O idoso e os serviços de saúde	139
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
6	REFERÊNCIAS	146
	APÊNDICES	159
	ANEXOS	168

1 INTRODUÇÃO

Era uma vez
Um tempo de pardais
De verde nos quintais
Faz muito tempo atrás
Quando havia fadas
Num bonde havia um anjo
Pra guiar
Outro pra dar lugar
Pra quem chegar sentar
De duvidar, de admirar
Havia frutos num pomar qualquer
De se tirar do pé
No tempo em que os casais
Podiam mais se namorar...

Sivuca e Paulinho Tapajós

1. INTRODUÇÃO

“A velhice, como todas as situações humanas, tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história... na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade a qual pertence” (BEAUVOIR,1990, p.15)

Como será envelhecer na sociedade contemporânea, sociedade que privilegia as pessoas mais novas e produtivas, em detrimento das mais velhas e improdutivas, na qual o belo, o bonito e o magro são valorizados e exaltados pelos meios de comunicação, relegando o idoso cada vez mais à segregação? Debert (1999a, p.18) descreve que com o advento do capitalismo, a velhice dos trabalhadores se vinculou à invalidez ou incapacidade de produzir, uma preocupação que teve início na França, quando a velhice da classe trabalhadora passou a ser um problema social. De acordo com a autora,

“com o proletariado envelhecendo, quem seria responsável para cuidar desta população? Surgem então as caixas de aposentadorias, com o propósito de reduzir os custos da produção já que os salários não compensavam o rendimento do seu trabalho. Para a autora a noção de velho é confundida com incapacidade para o trabalho; ser velho é pertencer à categoria dos indivíduos idosos e pobres” (DEBERT, 1999 a, p.18).

Trata-se de uma reflexão da autora e que permeia as discussões atuais da sociedade contemporânea, centralizando a discussão da velhice em seus aspectos políticos e sociais, impedindo, portanto, outras reflexões numa dimensão ligada à pessoa idosa, no tangente à sua existência social, que é o próprio estudo da velhice e do envelhecimento humano, numa perspectiva cultural. Não obstante, como afirma Menezes (2001), é preciso considerar ser esta uma temática de estudo complexa que, em geral, prescinde de uma ou mais correntes teóricas para sua análise.

Debert (1998) afirma que a velhice é uma categoria produzida socialmente, gerando significados diferentes em contextos históricos, sociais e culturais específicos e, mesmo que as categorias de idade sejam construções culturais e evoluam historicamente, elas são efetivas e contribuem para a manutenção ou transformação das posições de cada um em espaços sociais exclusivos. Em contraponto, define o envelhecimento como natural e biológico, presente em todos os seres humanos e de outras espécies, tendo início, meio e fim no ciclo da

vida. Assim sendo, espera-se que cada sociedade, em determinado tempo histórico, tenha um olhar específico para o indivíduo que envelhece.

A cultura das sociedades pode ser definida, de acordo com Geertz (1989), como um universo de significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a própria experiência e guiar suas ações, ou seja, a cultura permeia a vida do homem, conduzindo suas percepções, emoções e ações nas suas diferentes etapas de vida.

Para Uchoa (2003), a velhice também é influenciada pela cultura, sendo imprescindível ao conhecimento, sobre uma população idosa, a forma como esta população envelhece, os seus significados sobre ela, as suas experiências de vida e mesmo como esse idoso vive. Desse modo, entende-se o envelhecimento, não simplesmente como um fato natural ao qual a pessoa é submetida passivamente, mas, como um processo dinâmico no qual as suas ações derivam de atitudes pessoais e culturais (UCHOA et al, 2004).

Na perspectiva demográfica, o aumento da população idosa é um fenômeno da sociedade atual que vem se concretizando ao longo das últimas décadas do século passado e início deste. Silvestre et al (1996, p. 82) afirmam tratar-se de

“um fenômeno que se caracteriza pela passagem de uma situação de alta mortalidade mais alta fecundidade, com uma população predominantemente jovem e em franca expansão, para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade”.

Essa mudança vem ocorrendo tanto nos países desenvolvidos como também naqueles em desenvolvimento, dentre estes o Brasil, a partir dos anos 1960, com a queda acentuada da taxa de natalidade, a diminuição da taxa de mortalidade e o aumento da esperança de vida (VERAS, ALVES, 1999). Entre os anos de 1991 e 2000, Lima-Costa et al (2003) acrescentam que o número de pessoas com sessenta ou mais anos de idade aumentou duas e meia vezes mais (35%) que o resto da população (14%) e, em 2003, a população de idosos ultrapassava 15 (quinze) milhões de brasileiros. Tais dados revelam a magnitude dessa transformação, quando se sabe que o Brasil não está preparado para atender, na sua amplitude, a essa demanda que necessita de suportes especiais.

Em decorrência dessas transformações e perspectivas demográficas e epidemiológicas, verifica-se, no Brasil, um quadro com o aumento das doenças crônicas degenerativas e a diminuição dos indicadores das doenças infecto contagiosas. Para Ramos (2003), o grande desafio da saúde pública, no século XXI, será atender a algumas demandas em saúde, específicas dos idosos, na sua maioria com níveis sócio econômicos e educacionais

baixos e, embora tenham apresentado melhorias, ainda encontram-se precários, com ressalva para uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.

No que tange ao processo saúde doença vivenciado pelo idoso, em que, ao ser relacionado ao conceito de Mendes (1999), a saúde é o resultado de um processo de produção social que se expressa na qualidade de vida de uma população e das suas condições de existência enquanto ser humano no seu cotidiano, compreende-se que a busca dessa qualidade de vida no cotidiano da pessoa idosa, deste estudo, ainda encontra-se em desenvolvimento. Por outro lado, quando se considera a percepção de saúde, pelo idoso, como produção social que implica práticas de fazer saúde e o autor denominou de Vigilância à Saúde, identifica-se que ainda há um longo caminho a percorrer. Observa-se a utilização de estratégias de intervenção no tocante à promoção à saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa, num determinado território, enfocando problemas e trabalhando com diversos outros setores, de maneira que, “a ação intersetorial implica tomar problemas concretos, de gentes concretas, num território concreto” (MENDES, 1999, p. 253).

A assistência à saúde do idoso, no modelo de vigilância em saúde, deve pautar-se num modelo constituído por uma equipe interdisciplinar articulada com os diversos setores da sociedade, num determinado território, que tenha conhecimento dos seus problemas, na perspectiva de criar vínculos e relação de co-responsabilidade nos três níveis de complexidade de atenção: primária, prevenção, cura e reabilitação (PELLEGRINI; JUNQUEIRA, 1996). Porém, a realidade hoje, dos serviços públicos de atenção à saúde da pessoa idosa em geral, grande parte não tem sido eficaz no que é proposto por esse modelo assistencial. De acordo com Veras (2003), os serviços de saúde oferecidos, ao idoso, são caracterizados principalmente por serem ineficazes, observando-se a precariedade dos serviços domiciliares, a falta de hospital dia e centros de convivência, deficiências estas que impossibilitam o idoso de ter uma assistência digna e dificultam o seu alcance, contribuindo para que o atendimento hospitalar só possa acontecer num estágio avançado da doença, o que diminui suas chances de sobrevida.

Especificamente sobre esta questão, Brito e Ramos (1996) afirmam que a Unidade de Saúde da Família (USF) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), com competência de resolutividade para os variados problemas de saúde da população. Nessa direção, de acordo com as diretrizes e princípios do SUS, a atenção básica de saúde, que tem possibilitado novas experiências desenvolvidas em diversos municípios e Estados brasileiros, vem fomentando reflexões e discussões numa nova configuração de pensar e fazer saúde.

Inicialmente, em 1991, veio a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o objetivo de ajudar a combater os altos índices de mortalidade materna e infantil em Estados do Nordeste (NE), cuja experiência trouxe resultados significativos no Ceará, com resultados apontando uma diminuição considerável desses indicadores. Posteriormente, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) lança o Programa de Saúde da Família (PSF), seguindo os princípios do SUS, incluindo a territorialização, o vínculo com a comunidade, a integralidade na atenção, a equipe multidisciplinar, constituída esta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo enfatizadas a promoção da saúde, a intersetorialidade e a participação social (SOUZA, 2000).

Segundo Chiesa e Fracolli (2004), trata-se de uma estratégia que atua na lógica de transformação das práticas de saúde na atenção básica, direciona atribuições para os profissionais, dentre as quais, o planejamento das ações, promoção e vigilância e o trabalho interdisciplinar em equipe, com abordagem integral da família. Nessa nova estratégia de atenção à saúde, a família é particularmente focalizada como um sustentáculo para a pessoa idosa, no qual se depositam os anseios e a confiança naqueles que deles cuidarão, seja um filho, um irmão, ou a esposa; ou dos que não têm parentes próximos, que contam com vizinhos e até pessoas mais distantes pagas por essa ajuda necessária.

Em geral, o idoso vem de uma geração de família com fortes valores culturais, sendo a família o centro daquele universo, com os seus integrantes ligados por laços de amizade e respeito, donde provinham todas as necessidades individuais e coletivas. Portanto, a família também cuidava do seu doente. É provável que fatos como esses estejam presentes hoje no imaginário do idoso (LEME; SILVA, 1996).

São circunstâncias e contextos em que se, situam os idosos, alguns portadores de doenças crônicas com suas funções mantidas, outros com a capacidade funcional limitada e ainda os que se mantêm gozando de relativa saúde, convivendo com familiares, dias com alegria, outros em confronto com o sofrimento, as perdas, as dificuldades financeiras e/ou de atendimento aos seus problemas de saúde e do próprio envelhecimento. Ainda vale ressaltar que muitos carregam sentimentos, valores, tradições e crenças que se formaram ao longo das experiências e oportunidades de vida, específicas da sua existência.

No aspecto referente às políticas existentes nesse setor, o Governo brasileiro, preocupado com as perspectivas para as próximas décadas, cria a Política Nacional do Idoso, através da Lei de nº. 8 842, de 4 de janeiro de 1994, regulamentada mais tarde pelo Decreto 1948, de 3 de julho de 1996. Esta lei prevê ações governamentais em diversas áreas e especificamente na área da saúde, como a assistência gerontológica e geriátrica no SUS, além

da criação de serviços alternativos, como centro de convivência, casas lares, centros de cuidado diurno, incluindo a geriatria como especialidade clínica, dentre outros (ALVAREZ, 2001). Somando-se a essas conquistas, acontece a aprovação do Estatuto do Idoso, em outubro de 2003 (BRASIL, 2003), considerado um marco importante nas lutas sociais e políticas deste grupo etário da população, pelo estabelecimento das leis e diretrizes que garantem a dignidade e a cidadania da pessoa idosa.

Ainda que se conte com a existência de um novo modelo assistencial que se vislumbra, a atual atenção à saúde direcionada ao idoso, nesse contexto centraliza-se nos programas de atenção aos portadores de hipertensão e diabetes, mesmo se entendendo que ser idoso, necessariamente, não signifique ser portador de hipertensão ou de diabetes. Nas demais ações, resultantes da demanda espontânea, a prática do acolhimento, quando realizada para a pessoa idosa, não deixa de ser uma assistência humanizada incipiente. Quanto à visita domiciliária para o idoso e a sua família, tem sido pouco adequada às necessidades de promoção e prevenção à saúde do idoso, por não se constituir ainda uma prioridade, haja vista que a mesma ocorre em geral, quando solicitada pela família ou através do Agente Comunitário de Saúde (ACS), faltando uma maior organização e sistematização dessa prática interdisciplinar da atenção básica voltada para a pessoa idosa.

Todavia, à atenção básica de saúde tem oferecido, ao idoso, possibilidades de participação em grupos operativos, seja nos grupos de hipertensão e de diabéticos, seja nos grupos de idosos na comunidade. A equipe de saúde se responsabiliza pelo acompanhamento destes grupos, tendo como finalidade a promoção da saúde, prevenção das doenças e complicações, subdividindo-os por micro áreas e possibilitando duas reuniões quinzenais. De acordo com Alcântara (2004), algumas contribuições foram citadas pelos membros participantes desses grupos, dentre elas, a possibilidade de enfrentamento de problemas, aumento do vínculo e uma maior confiança e interação entre o grupo e a equipe de saúde.

Pela experiência acumulada como enfermeira, durante oito anos de trabalho em Unidade Básica do PSF, percebo algumas dificuldades relacionadas às diretrizes preconizadas pelo SUS. Ao longo desse tempo, no que se refere à assistência direcionada a pessoa idosa pude observar que a atenção de saúde tem sido exercida sem prioridade, de forma assistemática, e pouco estruturada considerando as especificidades próprias da idade avançada. São preocupações constantes que tenho trabalhado no cotidiano dos idosos do bairro desse estudo e da própria USF.

No tocante a socialização e formação de grupos, após três anos de implantação do PSF, pessoas idosas que freqüentavam os Grupos Operativos de Hipertensão e Diabetes,

dispostas a estabelecer novos vínculos, se uniram na constituição de um grupo de vivências como forma de manterem-se em contato um com o outro, semanalmente, e não mais mensal ou quinzenal igual como acontece nos grupos operativos, surgindo daí uma relação mais próxima e rotineira para repartir anseios, solidão, alegrias e perspectivas de vida. Deste modo, alguns profissionais de saúde da USF se dispuseram a agregar essas forças e tornou este fato uma realidade. Experiência na qual me levou enquanto enfermeira a se fazer presente neste processo de vivência junto ao idoso. Por outro lado, outros grupos de idosos se consolidaram através da implantação do PSF possibilitando um olhar mais contíguo das suas questões, enquanto grupo de pessoas no processo de envelhecer.

Ao longo de seis anos de implantação desse Grupo de Idosos, o mesmo consolidou-se e diversos encontros proporcionaram momentos ímpar, tanto para os idosos como para os profissionais que os acompanham. Percebe-se uma maior integração com a USF, a participação destes com programações direcionadas a prevenção de doenças (Combate a Dengue, Dia de Vacinas), atividades de descontração, datas comemorativas (Carnaval, São João, Natal), Saraus poéticos, direitos do trabalhador e de idosos, formação e participação de outros grupos da Comunidade, dentre estes o Pastoril do Peixe-Boi Encantado (dança folclórica nordestina), a encenação da peça de Teatro Auto de Natal no mês de dezembro. Havendo cada vez mais a valorização dos encontros, o aumento da auto-estima, a alegria, a troca de experiências, além da busca da cidadania destes idosos.

No aspecto da integração comunitária considero que o enfermeiro avançou alguns passos mesmo que, ainda de forma incipiente. Porém, no tocante ao atendimento em saúde propriamente, e mais especificamente as ações de enfermagem destinadas à pessoa idosa, ainda não se faz a avaliação geral das capacidades funcionais dos idosos, nem uma consulta médica e de enfermagem voltada para o idoso e, mesmo a visita domiciliária algumas vezes feita pela equipe, com o foco voltado ao idoso na família, ainda não possui uma ferramenta para uma avaliação mais específica. Não obstante, outras atividades nos níveis de prevenção primária e secundária não são planejadas de forma mais sistemática, não proporcionando observações mais precoces, principalmente, no tangente a uma avaliação cognitiva simples, para detectar os processos demenciais, típicos desse grupo de pessoas. Um outro fator relevante nessa assistência se refere à integralidade da assistência que não se abrange de uma forma digna para atender as necessidades do idoso.

Agregado a esses fatores, encontram-se profissionais de saúde com pouca ou quase nenhuma qualificação para este atendimento, haja vista a formação e o conhecimento específicos insuficientes para garantir condições necessárias a uma assistência adequada. De

outro, percebe-se, por parte dos familiares, um desconhecimento sobre o envelhecimento e as questões específicas relacionadas à saúde, o que determina as diferentes formas de abordar e compreender o processo saúde doença vivenciado pela pessoa idosa. Algumas vezes, observa-se um certo conformismo por parte dos familiares.

Talvez, devido a certa passividade e resignação, quando se confrontam diante das dificuldades do processo saúde doença por ambos vivenciados (idoso e família); outras vezes, resultante da própria inexperiência em lidar com mudanças fisiológicas dessa faixa etária, ou ainda, pelo acúmulo de tarefas a cumprir no cotidiano de suas vidas, colocando o idoso à parte. Tais situações e circunstâncias inerentes ao envelhecimento necessitam de estudos e reflexão.

Diversos autores citam a importância da família no cuidado com o idoso e pesquisas constataam que 85% dos idosos no Brasil vivem, em domicílios, com pessoas ligadas por algum grau de parentesco (CALDAS, 2003). As políticas públicas, por sua vez, têm incorporado e/ou destinado à família um papel fundamental, quando fatos como os que foram acima descritos estão relacionados à saúde dos usuários idosos que se utilizam do atendimento nos serviços de atenção do SUS.

Trata-se de inquietações frutos da vivencia dessa realidade, enquanto enfermeira integrante de uma das equipes que trabalha no PSF da Unidade de Saúde da Família Felipe Camarão II, desde sua implantação. Assim sendo, tem-se algumas indagações e observações, elaboradas ao longo dessa caminhada, as quais despertaram o interesse pela problemática e o desenvolvimento de um estudo que, se espera, possa trazer algumas elucidações e contribuir para mudanças necessárias na atenção à pessoa idosa e à sua família pelo fato de, juntos, vivenciarem o processo de envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Portanto, ao final deste estudo pretende-se responder aos seguintes questionamentos:

- De que forma a família tem incorporado a responsabilidade pelo cuidado à pessoa idosa?
- Ao cuidar da pessoa idosa, quais os aspectos considerados pela família relacionados ao processo de envelhecimento?
- Como esse idoso percebe sua saúde, na sociedade atual, quando se vê diante do processo saúde doença?

- Como o idoso, repleto de significados do seu próprio mundo, das suas vivências, experiências e saberes adquiridos ao longo da vida, acredita ser cuidado por sua família?

Portanto, como profissional de saúde preocupada com o direcionamento atual do nível da atenção primária de saúde à pessoa idosa, como também com a existência de situações muitas vezes impostas ao idoso no seio familiar, com prejuízo para à sua saúde pretende-se neste estudo, compreender esse universo ainda pouco explorado.

Por conseguinte, acredita-se que este estudo também contribuirá para reflexões sobre as questões relacionadas ao velhice e envelhecimento, através da identificação de novas possibilidades e tendências do contexto da saúde como produção social, tendo na velhice como palco central deste cenário.

1.1. Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o cotidiano do idoso no contexto familiar e a sua relação com o processo saúde doença em uma comunidade peri-urbana do município de Natal/RN.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Descrever as vivências (estratégias) dos familiares e da pessoa idosa quando se confrontam com os problemas de saúde no envelhecimento.
- Identificar como ocorre a participação do idoso nos encaminhamentos e decisões relacionadas ao seu processo de saúde e doença.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nossa idade – velho ou moço – pouco importa
Importa é nos sentirmos vivos e alvoroçados
Mais uma vez, e revestidos de beleza,
A exata beleza que vem dos gestos espontâneos
E do profundo instinto de subsistir
Enquanto as coisas em redor se derretem
e somem como nuvens errantes no universo estável.
Prosseguimos.
Reinauguramos.
Abrimos olhos gulosos ao sol diferente
Que nos acorda para os descobrimentos.
Esta é a magia do tempo.
Esta é a colheita particular que se exprime
No cálido abraço e no beijo comungante,
No acreditar na vida
E na doação de vivê-la em perpétua procura e perpétua criação.
E já não somos apenas finitos e sós.

Carlos Drummond de Andrade

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Sobre Antropologia e Cultura

Neste estudo, farão parte os princípios da etnografia, enquanto campo de investigação historicamente utilizado pelos antropólogos, com o intuito de compreender a cultura e a sociedade. Os estudos etnográficos se preocupam com a abordagem holística da cultura, vêem os sistemas de significados entre as estruturas sociais e a ação humana como também introduz os atores sociais numa participação ativa e dinâmica das mudanças das estruturas sociais. Outrossim, traçam observações e conclusões sobre as formas de vida, relações com o ambiente, formas sociais, hierarquia, ou seja, estudam os modelos do pensamento e comportamento humano na sua vida diária (MATTOS, 2001).

Tradicionalmente, a etnografia elegia como trabalho de campo, pequenas comunidades isoladas, estabelecendo um contato direto, pessoal, analisando sua estrutura cultural e social. Porém, atualmente, ela passa a ser predominantemente urbana, trazendo à tona diversos estudos de bairros, da população negra, de fábricas e favelas, de situações ligadas às mudanças ocorridas a partir da industrialização, do processo de urbanização das grandes cidades, dentre outros (BAZTÁN, 1995).

Os antropólogos da chamada corrente evolucionista, durante os séculos XIX e XX, buscaram explicar a cultura como uma aquisição evolucionista dos homens em sociedade. De acordo com DaMatta (1993), o evolucionismo tem como características, dentre outras: a de que as sociedades humanas precisam ser confrontadas entre si por meio de seus costumes, apesar de os mesmos passarem a ser entidades isoladas de seus respectivos contextos ou totalidades; a segunda característica evidencia que os costumes têm uma origem, uma substância, uma individualidade e um fim e; outra idéia formulada pelos evolucionistas dizia que as sociedades se desenvolviam de modo unidimensional, cuja evolução dos seus sistemas passa dos mais simples para os mais complexos, numa escala sem retorno. E, por último, os teóricos do evolucionismo acreditam que uma sociedade desconhecida, porém contemporânea ao seu tempo, ficava restrita a um determinado tempo pelo qual essa sociedade já havia passado.

A disciplina antropológica, entre os seus teóricos traz o inglês Tylor (1993) que veio a formular o primeiro conceito antropológico com a palavra “Culture”, como um todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem, como membro de uma sociedade. Entre suas

contribuições, procurou demonstrar que a cultura é um fenômeno natural que possui causas e regularidades e, portanto, pode ser objeto de um estudo sistemático.

Posteriormente, o funcionalismo, considerado um dos ramos do positivismo sociológico, tem como teoria a compreensão da estrutura social e da diversidade cultural, apresentando, como premissas centrais, que as sociedades são como totalidades que se compõem como organismos vivos e têm seus mecanismos de controle para ajustar as influências eventuais de elementos externos e internos que ameacem o seu equilíbrio. Os principais representantes da antropologia inglesa são Radcliffe-Brown e Malinowski, sendo este o primeiro antropólogo cultural a passar longo tempo numa aldeia nativa, observando sua organização, níveis de relacionamentos, valores, crenças, ou seja, seu funcionamento. Para os funcionalistas, “os fenômenos sociais são intemporais, invariáveis e tendentes à estabilidade e à coesão” (MINAYO, 2004, p.47).

Malinowski (1984) refere que a antropologia científica permite realizar a análise funcional, possibilitando definir a forma, a significação de uma idéia habitual ou intenção comum. A cultura envolve uma base de combinações intencionais, concretas e organizadas de seres humanos em grupos de atividades estáveis. Não obstante, na sua concepção, a cultura desenvolve sistemas de conhecimento, valores econômicos e sociais, crenças e convicções baseadas no sobrenatural, determinando as preferências de cada cultura, estruturação social, formas de relações, relações entre gêneros e outras.

Cronologicamente, a próxima corrente, denominada estruturalista, tem como um dos seus maiores teóricos Lévi-Strauss citado por DaMatta (1993, p. 118), que considerava a cultura como um sistema estrutural, ou seja, um sistema simbólico de uma criação acumulativa da mente humana. Segundo Queiroz (2003), os estruturalistas tinham como pressupostos metodológicos uma sociedade que se estrutura a partir de diversos preceitos culturais, podendo ser conflitantes ou complementares entre si. De acordo com Lotta (2006), a partir de grandes análises, os teóricos do estruturalismo procuravam encontrar padrões para comprovar a capacidade do pensamento do homem, de forma universal.

Desse modo, Geertz (1989), autor da chamada antropologia interpretativa, afirma que a cultura é um sistema ordenado de significados e símbolos, em cujos termos os indivíduos definem seu mundo, revelam seus achados e fazem seus julgamentos. Estudar a cultura é estudar um código de símbolos compartilhados entre si pelos membros dessa cultura, um sistema simbólico público e centrado no ator, que o utiliza na interpretação do seu mundo e da forma que o reproduz.

Portanto, para o autor, o homem constrói sua cultura através daquilo que lhe é significativo, utilizando símbolos que perpassaram em todos os momentos da sua existência, criando um mundo em que acredita, com valores, aprendizagens, incorporando e repassando na sociedade entre as gerações. A cultura não é um poder, é algo ao qual pode ser atribuído os processos sociais, os comportamentos e as instituições. A cultura é um contexto que pode ser continuamente retomado, revisto e retrabalhado numa descrição densa (GEERTZ, 1989).

Cultura, portanto, deixa de ser um conceito estático de valores, crenças, normas, passando a ser uma expressão do ser humano frente à sua realidade. É uma construção simbólica do mundo sempre em transformação (LANDGDON, 1995).

Geertz (1997), na sua obra “O Saber Local”, descreve que para observar e entender as escolhas e cotidianos de diferentes culturas, deve-se olhar não por cima dos diferentes povos, mas sim através deles, tentando compreendê-los, penetrar em seus entrelaçados pensamentos e sentimentos, colocando uma moldura social. Segundo o autor,

“àquilo que antes parecia ser uma questão de descobrir se selvagens eram capazes de distinguir fatos de fantasias, hoje parece ser uma questão de descobrir como é que os outros, além-mar ou do outro lado do corredor, organizam seu universo de significado” (GEERTZ, 1997, p.226).

O autor, ao definir a etnografia, se refere a uma “descrição densa” para explicar os seus vieses, e, oportunamente, se vale do exemplo dado por Ryle, quando relaciona as diversas formas que um gesto aparentemente banal, como é o piscar de olhos, pode ser interpretado; assim, este gesto pode ser visto de diversas maneiras se observado fora do contexto: apenas como um tique, uma piscadela, o fingir de uma piscadela ou um treino de piscadela. No entanto, quando observado dentro do contexto, poderá ter outra interpretação. Assim sendo, o autor remete a diferença entre descrição profunda e superficial:

O caso é que... “descrição superficial” do que o ensaiador (imitador, piscador, aquele que tem um tique nervoso...) está fazendo (“contraíndo rapidamente sua pálpebra direita”) e a “descrição densa” do que ele está fazendo (“praticando a farsa de um amigo imitando uma piscadela para levar um inocente a pensar que existe uma conspiração em andamento”). Aí está o objeto da etnografia: uma hierarquia estratificada de estruturas significantes em termos dos quais os tiques nervosos, as piscadelas, as falsas piscadelas, as imitações, os ensaios das imitações são produzidos, percebidos e interpretados, e sem os quais eles de fato não existiam (nem mesmo as formas zero de tiques nervosos as quais, como categoria cultural, são tanto não-piscadelas como as piscadelas são não-tiques), não importa o que alguém fizesse ou não com sua própria pálpebra. (GEERTZ, 1989, p.17).

Para o autor, fazer etnografia é tentar ler um manuscrito, estranho, envelhecido, cheio de supressão de palavras, repleto de contradições, alguns comentários maliciosos, ou seja, um caminho denso de percorrer, que, de alguma maneira, ele tem que apreender e explicar, para torná-lo público e observável (GEERTZ,1989).

Compreender o outro é compreender o contexto no qual faz sentido seu modo de ser e estar no mundo. Velho (1981), corroborando o autor, considera cultura como código, como sistema de comunicação, permitindo resgatá-la como um conceito sociológico que se encontra, na simbolização, o principal elemento através do qual a vida social acontece. Segundo o autor, há diversas formas de situar o conceito de cultura mais próximo dos problemas e domínios mais explicitados. Em seus estudos sobre local de moradia de indivíduos da classe média baixa, encontrou pessoas que preferiram não ter casa própria e morar como inquilinos em Copacabana, como também ocorreu situação inversa: sujeitos que compraram casas no subúrbio ao invés de morarem próximo às facilidades das regiões centrais do Rio de Janeiro. Por conseguinte, através dessa observação, Velho (1981, p. 106) concluiu que é preciso recuperar o conceito de cultura, percebendo-a como uma expressão e criação de indivíduos “interagindo, escolhendo, optando, preferindo”.

González [1996?, p.6] acrescenta que a etnografia “não é só uma questão de método, é uma descrição e reflexão profunda dos significados da cultura em suas diferentes manifestações”. Também é definida como a especialidade da antropologia que estuda a descrição dos povos, língua, religião, e manifestações materiais de suas atividades (MATTOS, 2001).

2.2. Cultura e Saúde

De acordo Langdon (1995), a relação existente entre cultura e saúde não é um tema novo. Por sua vez Rivers, citado por Landgdon (1995,p.1), inglês de formação médica, foi um dos primeiros a pesquisar as culturas primitivas (denominação dada àquelas culturas não européias), classificando-as em pensamentos mágico, religioso ou naturalista. Para ele, a medicina mágica apresentava-se como um sistema de crenças atribuídas às causas da doença, à magia realizada por seres humanos (feiticeiros, bruxos, etc.); a medicina religiosa teria as forças sobrenaturais como causa das doenças; e, por último, a medicina naturalista estaria baseada na observação empírica das forças naturais, envolvendo o tratamento igualmente natural (plantas, cirurgia).

A doença passa a ser um resultado de um contexto cultural e da experiência subjetiva (LANGDON, 1995). De acordo com Landgdon (1995, p. 5), “a saúde é um sistema cultural, um sistema de significados ancorados em arranjos particulares de instituições e padrões de instituições interpessoais”. Nessa concepção de cultura, o indivíduo é doente de acordo com os critérios e modalidades ditadas pela sua sociedade (FERREIRA, 1994).

Destarte, as discussões da antropologia social em saúde vêm contribuindo para o debate, ao questionar a dicotomia cartesiana do modelo biomédico e entendendo saúde e doença como processos psicobiológicos e socioculturais. Nessa perspectiva, o físico Capra (1982), ao desafiar os princípios da ciência moderna, foi substancialmente importante na revolução de todas as ciências, originando uma nova visão de mundo e de valores. Ao propor a idéia de totalidade sistêmica, vislumbrou uma nova ciência com razão e emoção, ciência e misticismo, sujeito e objeto do conhecimento coexistindo harmonicamente.

Luz (1997), citada por Camargo Jr. (2003, p.9), destaca as crises paradigmáticas sanitárias e médicas afetando a relação medicina e cultura. Por um lado, encontra-se uma medicina investindo na alta tecnologia, biologicista, esquecendo a sua principal função, a arte de curar. Não percebe o sujeito humano que está ao seu lado, tão próximo, sofrendo, procurando sua ajuda; dando-lhe como resposta o tecnicismo, eficiente, seco e frio. Além das crises supra citadas, têm-se as situações de desordem socioeconômica, cultural e epidemiológica, provocando o aumento e estabelecimento das desigualdades sociais, gerando miséria, violência, desnutrição, doenças crônico-degenerativas e o retorno a antigas doenças, como a tuberculose e a dengue, além do aparecimento de novas epidemias, como a AIDS.

Diante de um quadro de crise, Queiroz (2003), nos seus estudos sobre medicina alternativa, destaca, como ponto fundamental, uma medicina voltada para o ser humano como um todo, na sua vitalidade, centralizado no doente e não na doença, proveniente de um desequilíbrio interno no indivíduo. Dessa forma, a doença é concebida através de um conjunto de causas que suscitam desarmonia e desequilíbrio.

Segundo o autor, o paradigma mecanicista não mais responde às necessidades de uma visão humanizada, concebendo novas práticas ao homem no seu habitat, nas suas crenças, e integrando-se ao seu eu humano, permitindo a esse ser harmonizar-se com a terra e com o outro, associar a capacidade de emocionar-se, resgatar sua sensibilidade, sua intuição, sentimentos estes que sejam tão ou mais importantes que o seu intelecto (QUEIROZ, 2003).

Nessa perspectiva do paradigma holístico, a medicina alternativa resgata a homeopatia e as ciências médicas de origem oriental, como a acupuntura, a fitoterapia e as massagens orientais, passando a ser os mais novos atores desse cenário. Somando-se a essas

práticas de cura, faz-se mister ressaltar o tratamento religioso, presente principalmente nas camadas populares. No Brasil, existe uma pluralidade de cultos oferecendo serviços de cura. Também rituais dos mais diversos possíveis, com imagens e símbolos que expressam as mais diferentes visões de mundo (RABELO, 1994).

A cultura é heterogênea quando permite o contato de diferentes culturas e mesmo daqueles indivíduos de uma mesma cultura, sendo conscientes e individuais, com diferentes percepções, subjetividades e experiências distintas (LANDGDON, 1995).

Essa visão diversificada de cultura tem implicações no processo saúde doença, ao revelar o encontro entre percepção e ação, heterogeneidade e subjetividade. Diante desta afirmação, Campos (2002) teceu comentários em um discurso sobre saúde e cultura, no qual remete indagações para os profissionais de saúde do SUS, responsáveis pela assistência da maioria da população brasileira. Segundo o mesmo, esses profissionais devem ter uma nova forma de abordagem com o outro, respeitando sua cultura e não impondo a sua prática: técnica, clínica e sanitária. Ele aponta a interação com as pessoas nos seus desejos, interesses e tradições, na sua subjetividade como indivíduo, recriando um novo modo de pensar saúde.

Corroborando o autor, Garnelo e Langdon (2005) afirmam que o enfoque antropológico no campo da saúde vem proporcionando as mais variadas reflexões no contexto das práticas sanitárias da atenção básica. Segundo as autoras, mesmo que essas práticas estejam baseadas na epidemiologia, passam a admitir uma gama de outras relações envolvidas, de cunho econômico, político, ético, educativo, comunicativo e étnico agrupando as mais diversas visões de mundo dos profissionais entre si, e destes com sua clientela.

Almeida-Filho (2000 p.50) propõe que a epidemiologia esteja aberta para novos estudos onde possa incluir “os sistemas de representações de saúde e doença no mundo da vida, na cotidianidade, nos modos de vida, mediante o conceito de práticas de saúde”. Assim sendo, a antropologia passa a contribuir no campo da saúde ao relativizar os sentidos das idéias de risco e de causalidade da doença, unindo-se às relações entre saúde e condições de vida ao incorporar a ótica dos usuários de saúde (MONTE et al. 1997 apud GARNELO E LANDGDON, 2005, p.141).

2.3. Cultura, Saúde e Envelhecimento

“Pensei entrar na velhice por inteiro como um barco ou um cavalo. Mas me surpreendo jovem, velha e madura ao mesmo tempo”.

Marina Colasanti.

Uchoa (2003) refere que, apesar da entrada tardia da antropologia nos estudos do envelhecimento, aconteceram algumas contribuições fundamentais para inovar a abordagem das questões relativas à saúde do idoso, entre elas a relativização da visão universalista, geralmente adotada em pesquisas sobre o envelhecimento. Demarcado a partir de sua dimensão biológica, o envelhecimento foi associado à deterioração do corpo e dessa forma caracterizada pelo seu declínio (DEBERT, 1999a).

Porém, estudos subseqüentes em sociedades não ocidentais tornaram conhecidas imagens bem mais positivas da velhice e do envelhecimento, refletindo sobre a universalidade da visão ocidental, informando que uma representação de velhice arraigada nas idéias de deterioração e perda não é universal. No tocante à concepção do envelhecimento e o debate hoje existente na sociedade atual sobre a velhice, não pode deixar-se de dar ênfase a sua heterogeneidade e complexidade inerentes ao tema em questão.

De acordo com alguns antropólogos e sociólogos, o debate gira em torno de dois modelos teóricos antagônicos que tentam explicar as formas e transformações existentes na sociedade contemporânea acerca do envelhecimento. De um lado, identifica-se um modelo que apresenta uma velhice pobre e de abandono, na qual o velho é relegado, e ser a família a presença que permanece junto o apoiando. Segundo Debert (1999, p.43), trata-se de um modelo criticado,

por alimentar os estereótipos da velhice na qual, considera-se como um período de retraimento em face da doença e da pobreza e, dependência e passividade que legitima as políticas públicas, baseada na visão de idoso, como ser doente, isolado, abandonado pela família e alimentado pelo estado.

Por outro lado, um outro modelo apresenta os idosos como seres ativos, capazes de dar respostas originais aos desafios que enfrentam em seu cotidiano, redefinindo sua experiência de forma a se contrapor aos estereótipos ligados à velhice. Esse modelo rejeita a própria idéia de velhice, ao considerar que a idade não é um marcador pertinente na definição das experiências vividas. De acordo com Debert (1999, p. 43), mesmo sem pretender, acaba fazendo “coro com os discursos interessados em transformar o envelhecimento em um novo mercado de consumo, prometendo que a velhice pode ser eternamente adiada através da adoção de estilos de vida e formas de consumo adequadas”. Segundo a autora, estes são os dois modelos teóricos atuantes da sociedade contemporânea; contudo, a imagem que projetam é, ora, de uma sociedade cujas formas de controle se fundamentam cada vez mais na idade cronológica, ora, a de que se caminha para uma situação em que as diferenças de idade

tendem a ser apagadas e a de que a velhice é, sobretudo, uma questão de auto convencimento (DEBERT, 1999).

Assim sendo, Pritchard (1989) apud Uchoa (2003, p. 850) menciona que a entrada na adolescência para o Nuer (grupo étnico do Sudão) do sexo masculino é marcada por um ritual de iniciação que define sua inserção em uma classe de idade e determina seu estatuto de superioridade, igualdade ou inferioridade frente aos outros Nuer. Os membros de uma classe de idade devem respeito aos da classe anterior, que é composta por pessoas mais velhas e, portanto, superiores na hierarquia social.

A autora, ao estudar os Bambara de Mali, observou que os membros desse grupo viam a velhice como uma conquista. O envelhecimento é um processo de crescimento que ensina, enriquece e enobrece o ser humano. Ser velho significa ter vivido, ter criado filhos e netos, ter acumulado conhecimento e ter conquistado, através destas experiências, um lugar socialmente valorizado. Para os Bambara, a idade é um elemento fundamental na hierarquia de cada indivíduo na sociedade. A vida social é organizada segundo o princípio da senioridade. Os mais velhos detêm a autoridade devido à crença que eles estão mais próximos dos seus ancestrais, portanto, respeito e submissão assinalam as atitudes e comportamentos dos mais jovens para com os mais velhos (UCHÔA, 2003).

Por sua vez, uma abordagem antropológica nas questões relativas à saúde dos idosos possibilita a ampliação desse conhecimento, de maneira que permite a apreensão das experiências subjetivas e de sua interação com os diversos elementos do contexto social e cultural, de especial atenção para a Saúde Pública contemporânea (UCHÔA, 2003).

Um estudo realizado com mulheres idosas, na cidade de Bambuí/MG, avaliou que a gravidade e a relevância de um problema de saúde parecem ser determinadas muito mais pela possibilidade de enfrentá-lo, do que pelo problema em si, fato esse associado ao apoio familiar e ao acesso aos cuidados médicos. No entanto, isto não ocorreu num grupo, de mulheres idosas mais abastadas, quando se observou que a saúde não era uma dificuldade, apesar dos diversos problemas de saúde por elas referidos, dentre os quais a diabetes, doença de Chagas, fraturas e doenças cardíacas. Com exceção destas senhoras, que podiam se consultar a médicos particulares, todas as outras relataram dificuldades para conseguir consultas no sistema público de saúde. Nesse sentido, a situação econômica do próprio idoso e da sua família surge como fator fundamental para a manutenção da saúde.

Luz (2005), em estudos correlatos, aponta novas práticas de saúde coletiva através de recuperação de sociabilidades e valores, como também na existência de sentidos e

significados em formação na cultura relativos à saúde e à vida em sociedade e na construção de uma ética diferente.

Nesse sentido, compreende-se que o contexto familiar do idoso possui um conceito de saúde que lhe é próprio, com significados inerentes a cada indivíduo. Refletir e entender este cotidiano leva à compreensão do processo saúde doença dessas famílias. Dessa maneira, a autora conclui que o universo de significados permite ao indivíduo de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações. Portanto, estudar antropologicamente o idoso, no contexto da sua família, também permite identificar como os fatores sociais, econômicos e culturais podem proporcionar subsídios positivos ou negativos para se chegar a uma melhor qualidade de vida (UCHOA et al, 2004).

2.4. Reflexões sobre a velhice

Estudiosos compreendem ser a velhice uma categoria social e culturalmente construída em diferentes sociedades, que, ao estabelecerem práticas e representações da velhice, determinam regras sociais para os velhos na comunidade e na família, assim também determinam como serão vistos e tratados pelos mais jovens (DEBERT, 1999b; MINAYO e COIMBRA JR, 2004; MOTA, 2004).

Porém, antes de trilhar-se sobre as várias nuances da velhice, abordar-se-á em primeiro plano o conceito de envelhecimento considerado por Carvalho-Filho e Papaleó Neto (2000), que a vêem como

“processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos e terminam por levá-los à morte”.

Outrossim, o envelhecimento é vivido de uma forma diversa de um indivíduo para outro, de uma sociedade e de uma geração para outra, ou seja... “o envelhecimento não é mais um estado no qual o indivíduo se submete passivamente, mas um fenômeno biológico ao qual o indivíduo reage com base nas suas referências pessoais e culturais” (UCHOA et al, p. 27, 28, 2004).

Entretanto, no intuito de conhecer e compreender a velhice numa visão mais ampla, se fará relação às suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

Desse modo, Schroots e Birren (1980, p.20) apud Mota (1995) descrevem que o envelhecimento abrange três componentes: a) O processo do envelhecimento biológico, denominado de senescência, ocorrendo uma vulnerabilidade crescente e a maior probabilidade de vir a morrer; b) O envelhecimento social, ligado aos papéis em que a sociedade acolhe o idoso; c) O envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação das forças, numa adaptação no processo de envelhecimento.

2.4.1. Aspectos biológicos da velhice

Segundo Beauvoir (1990), a medicina moderna considera o envelhecimento biológico intrínseco ao processo de vida, da mesma maneira que o nascimento, a reprodução, o crescimento e a morte. Algumas teorias foram formuladas, porém, até o momento se sabe que este é um processo comum a todos os seres vivos, muito embora as suas causas ainda não estejam totalmente desvendadas. Através de pesquisas de especialistas na área do envelhecimento humano, foram reveladas que as células do corpo humano se modificam com o tempo, pois anteriormente se pensava que as células seriam imortais, ou seja, apenas suas combinações se alterariam ao longo dos anos. No homem, algumas transformações vão ocorrendo, porém, apesar de existir um padrão de envelhecimento único para cada indivíduo, para que isso venha a acontecer, dependerá da influência de fatores genéticos, ambientais, sociais, econômicos, dietéticos, de saúde, estresse e diversos outros elementos (ELIOPOULOS, 2005).

Carvalho-Filho e Papaleo Neto (2000) apontam duas versões da teoria de acumulação que conferem aos fatores genéticos a responsabilidade pelo fenômeno biológico do envelhecimento: a) Os erros ocorrem freqüentemente nos níveis das etapas da divisão celular e concomitantemente existe um mecanismo capaz de reparar esses erros, porém, algumas vezes, esse mecanismo não dá certo e os erros ocorrem com maior intensidade, ocasionando o envelhecimento; b) A segunda versão diz respeito à teoria da acumulação catastrófica de erros, parecida com a anterior, porém, a senescência irá ocorrer não só pela acumulação de erros, como também nas modificações definitivas da informação genética que leva a uma imperfeita reparação de erros ou a uma não reparação deles, tornando-os crescentes.

Uma outra teoria pautada em referenciais da imunologia afirma que, na medida em que o sistema imunitário se debilita, o organismo tem dificuldade de se defender contra as

agressões, causando o envelhecimento, ou seja, com o aumento da idade, diminui a frequência de auto-anticorpos e das doenças auto-imunes (CARVALHO-FILHO; PAPALÊO NETO, 2000.)

Outros autores relatam a co-relação entre velhice e doença. Esta aumenta a senilidade e a idade avançada predispõe ao aumento das patologias. Segundo Beauvoir (1990), é raro encontrar algum idoso sem essas características, ou seja, as pessoas idosas são acometidas de polipatologias crônicas.

Alguns fatores influenciam a longevidade do homem, dentre eles a hereditariedade, o sexo, as condições econômicas de crescimento, de alimentação e do meio em que vive. Estudos demonstraram que a saúde depende do nível de vida, de forma que pessoas moradoras no campo são mais propícias a um envelhecimento saudável em detrimento daquelas que possuem a mesma idade e residam na cidade. Portanto, o envelhecimento de um homem acontece no seio de uma sociedade, e segundo o papel que o indivíduo ocupa nessa sociedade (BEAUVOIR, 1990).

Segundo a autora, para se compreender a significação da velhice, é necessário considerar o lugar que é destinado aos velhos, que representação se faz deles nos diferentes tempos e lugares (BEAUVOIR, 1990).

2.4.2 Aspectos psicológicos da velhice

“Antes, todos os caminhos iam.
Agora todos os caminhos vêm.
A casa é acolhedora, os livros poucos.
E eu mesmo preparo o chá para os fantasmas”.

Mario Quintana

De acordo com Goldfarb (1998), quando o idoso não é mais fonte de prazer, ou é destituído do seu papel social acarretará uma desnarcisação¹ do sujeito. Ao deixar de existir

¹ O termo narcisismo, em psicanálise foi inspirado na mitologia grega. A personagem mitológica ao ver sua imagem refletida no espelho da superfície da água, teria se apaixonado por si mesma; esta paixão a levou a um abatimento mortal. A teoria psicanalítica distingue narcisismo primário (correspondente à fase chamada “auto-erótica, anterior à constituição do ego, nesta fase a criança investe a libido em si mesma) do narcisismo secundário. Normalmente, após a constituição do ego, que se dá a partir da entrada da criança no mundo simbólico da linguagem, a libido passa a circular entre esta instância intrapsíquica e os objetos do mundo externo. O narcisismo secundário seria o investimento de libido sobre o ego de um quantum desta energia que foi retirada dos investimentos dos objetos externos (PONTES, 1996).

um investimento do ambiente para esse sujeito, ou vice-versa, provoca-lhe um empobrecimento da vida afetiva, a diminuição de sua auto-estima acarreta-lhe um processo depressivo ou uma demência como defesa da sua condição narcisística. Na velhice, e nas possibilidades de inúmeras perdas e de lugares de reconhecimento simbólico, diminui a função reguladora do Ideal do Eu. Dessa forma, quando o Eu Ideal se apercebe da realidade corporal, percebe-se a incompletude e vai-se deteriorando as imagens narcísicas que foram elaboradas do Eu. E a partir de tantas perdas, desde a beleza física padronizada, os amigos, o trabalho, o bem-estar econômico, mesmo que a qualidade de vida seja preservada, o sentimento de finitude instala-se.

Corroborando a autora, Ponte (1996) afirma que na velhice a tristeza é o pano de fundo de uma afetividade que tende para o desinteresse e depressão. Ao não admitir uma imagem considerada velha e feia, inicia-se o narcisismo negativo, como precedendo à morte. Muitas dores, ditas pelos idosos, são dores de negação do corpo, ou seja, as representações de um corpo que não mais o obedece. E na medida em que os idosos não querem conversar, andar, praticar exercícios físicos caminhadas ou, ouvir televisão, apresentam o desinteresse pelo mundo dos seres humanos, significando que se inicia o desinvestimento amoroso pelo mundo exterior e o isolamento do narcisismo negativo.

Goldfarb (1998, p. 30), ao falar sobre a velhice afirma:

“Ser velho pode muitas vezes significar a perda da ilusão da própria potência, aceitar o domínio inelutável da pulsão de morte e apesar disso, continuar lutando. Luta difícil, porque o luto que deve ser elaborado é o da própria vida, é um luto que age por antecipação, luto por um objeto ainda conservado, porém condenado: e a ameaça de aniquilação pela morte não é um sentimento ao qual alguém se adapte. O Eu, antes de qualquer coisa, exige continuidade”.

Segundo a autora, em nossos dias teve início um grande investimento social na velhice, que garantiu um exercício de cidadania, porém chama a atenção para que as mudanças em processo sejam pensadas do ponto de vista da ética, orientando o reconhecimento à pessoa idosa e observando se esses atos serão de inclusão, exclusão ou indiferença para com os mais velhos (GOLDFARB, 1998).

2.4.3 Aspectos antropológicos e sociais da velhice

“Uso sempre a palavra velho (ou velha)... Não gosto, quem me lê já sabe, de idoso ou terceira idade... Ai, isso até me dói..., pela tentativa de falsidade que encerra. A palavra velho implica numa carga de sabedoria e experiência que nos dá a vida à medida em que vivemos. E dessa carga também quero falar.”

Olympia Rodrigues.

Ariès (1981) afirma que para cada época histórica corresponde uma idade privilegiada, um período da vida humana é mais enfatizado: a juventude é a idade do século XVII, a infância do século XIX e a adolescência do século XX.

Não obstante, o autor revela que a velhice, como também a infância, não são entidades naturais, mas criações culturais, possibilitando a essas serem diferentes em sociedades distintas. São apropriações simbólicas que as definem, em diversas faixas etárias, um sentido político e organizador do sistema social, e vão se estruturando e evoluindo ao longo das degradações do ciclo de vida do ser humano (ARIÈS, 1981).

De acordo com o citado autor, a criança, como categoria, não existia na Idade Média; as crianças não eram separadas do mundo adulto, ou seja, participavam ativamente do mundo do trabalho e da vida social adulta. A noção de infância ao longo do tempo foi surgindo, e a criança começou a ter roupas adequadas, ir à escola, além dos jogos e brincadeiras específicas para a idade.

Do mesmo modo, Elias (1994) aponta que, durante a Idade Média, o comportamento dos adultos era mais espontâneo, as emoções mais soltas e não havia a sensação de culpa ou vergonha. Diferentemente do homem adulto da modernidade, que tem como característica, na definição do seu comportamento, um ser independente dotado de maturidade psicológica, como também de direitos e deveres de cidadania.

Nessa perspectiva, como demonstraram Áries (1981) e Elias (1994), a modernidade revelou as etapas intermediárias entre a infância e a idade adulta, e, atualmente, de acordo com Debert (1999a), observa-se uma propagação de etapas de envelhecimento: “meia-idade”, terceira idade, aposentadoria ativa, termos hoje utilizados para designar uma nova configuração da gestão da velhice.

De acordo com a autora, a denominação *terceira idade* surgiu na França, nos anos 1970, com a implantação das “Universités du Troisième Âge”, mais tarde incorporada ao vocabulário inglês com a criação das “Universities of the Third Âge” em Cambridge, na Inglaterra, e começou a ser percebida como um fruto do processo da crescente socialização da velhice a partir de várias discussões, principalmente no momento em que ela foi entendida

como uma questão pública. Dessa feita, ocorreu o surgimento das condições que dão configuração específica à terceira idade e às representações da velhice na sociedade contemporânea, tais como: a) Os aposentados já não são mais considerados o setor mais desprivilegiado da sociedade. Com o advento da industrialização, houve uma perda do status social da velhice, devido às relações entre as gerações que havia nas famílias das sociedades tradicionais. Porém, hoje, com a universalização das aposentadorias e de várias garantias sociais para os mais velhos, passou a ser excluída a população de outras faixas etárias, sobretudo os jovens; b) A segunda condição refere-se às concepções do corpo e de saúde que não são re-elaboradas na nossa sociedade. A boa aparência passou a ser sinônimo de bem-estar, e todos são levados a cuidar bem do corpo, para que sejam recompensados; c) A terceira condição se relaciona com o sistema produtivo, um contingente cada vez mais jovem da população começou a se aposentar e buscou novos meios de consumo; d) E a quarta condição é o interesse crescente da complexidade da vida adulta. Alguns autores vêm estudando essa questão de vários ângulos distintos.

Boutinet (1995) apud Debert (1997, p. 43) afirma que, pensar na vida adulta e desenhar um quadro sombrio, a idéia de autonomia, que caracterizava o indivíduo adulto, é substituída por precariedade e dependência, e, que, se de um lado esboça a existência de uma juventude interminável, do outro, acontece a aposentadoria precoce.

Contribuindo nesse debate, Debert (1999a, p.16) enfoca três grandes atores que contestam, criam e recriam esse tema no Brasil: os gerontólogos, os idosos e a mídia. Nesse contexto, a autora revela *que* “o espaço social, o tempo e o curso de vida, o corpo e a saúde ganham novas configurações.” Segundo a autora, a velhice é objeto de um saber científico visto pelos gerontólogos em diferentes campos de estudo, desde o desequilíbrio demográfico, o envelhecimento orgânico e a questão econômica das políticas sociais. Contudo, chama a atenção para concepções radicalizadas como: “a eterna juventude”² deve ser alcançada e todos podem ter acesso e ficar atentos a essas “verdades”², pois nos deparamos com meios de comunicação ansiosos em divulgar medidas de retardar o envelhecimento, promessa de um mercado de consumo apto a vender seus “belos produtos mágicos”². Para a autora, são termos utilizados em prol de uma nova concepção da velhice, na sociedade contemporânea: “meia-idade”, “a idade da loba”, “a terceira idade”, “aposentaria ativa”³ São mudanças que estão ocorrendo no pensar a velhice na sociedade brasileira, que, se por um lado é positivo quando trata a velhice de uma forma heterogênea, possibilitando espaços para novas

² Grifo nosso

³ Grifos do autor.

experiências do envelhecimento, usadas coletivamente, por outro, continua o estigma das idades quando ainda há a supervalorização da juventude (DEBERT, 1999a).

Somando a essas afirmações, Goldstein e Siqueira (2000) remetem para as diferentes realidades socioeconômicas do país, coexistindo várias categorias de velhos: aqueles que têm um poder aquisitivo suficiente para desfrutar do mais moderno produto de rejuvenescimento e da alta tecnologia da medicina, categorizados de “terceira-idade”; e no outro lado, aqueles que nunca tiveram oportunidade na vida, quando adultos, e ao chegar a velhice, encontram-se na mesma condição de penúria, e, mais ainda, sendo cobrados a todo instante do novo papel de ser velho, devendo ser participativos, ativos e ter sob a sua responsabilidade, a capacidade de um envelhecimento saudável.

Portanto, esta-se lidando com diversas “velhices”, cada qual com sua especificidade, dependendo das condições econômicas, sociais e culturais nas quais se está inserida a pessoa idosa. Contribuindo para esse debate, Uchoa (2003) menciona que o fator econômico do idoso e de sua família é essencial na manutenção da sua saúde, o que se confirma em Heck e Langdon (2004, p.129) ao considerarem que a velhice,

passa a ter diferentes construções de acordo com as relações de poder, as expectativas dos papéis sociais no grupo, as relações de gênero e os conflitos que fazem parte da vida, podendo encaminhar situações de readaptação, invenção de valores e ou exclusão.

2.5 Os significados do corpo

“Eu não tinha este rosto de hoje, assim calmo, assim triste, assim magro, nem estes olhos tão vazios, nem o lábio amargo.... Em que espelho ficou perdida a minha face?”

Cecília Meirelles.

Ferreira (1994) destaca que o corpo é um reflexo da sociedade; a ele se aplica sentimentos, discursos e práticas da vida social. Também é no corpo que se processa a saúde ou a doença do indivíduo, sendo um momento de interpretação dada por códigos específicos na relação médico/paciente. Segundo Mauss (2003, p. 217), “o corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem”. Os hábitos existentes em cada sociedade lhes são próprios, ocorrendo através de técnicas corporais nas várias etapas do desenvolvimento humano, desde o nascimento, formas de comer, de parir, de andar, sentar, entre outras. Mauss (2003)

denomina de técnicas um ato “tradicional eficaz”; o homem é o único dos animais que transmite as técnicas corporais através da tradição. Esses hábitos vão variar não apenas com os indivíduos e suas imitações, como também com as sociedades, educação, conveniências, modas e prestígios, numa prática individual ou coletiva.

Contribuindo para esse discurso, Boltanski (1989) traz essa reflexão para a diferenciação do uso do corpo nas camadas populares e nas mais abastadas. À medida que sobe, na hierarquia social, o nível de instrução, as regras estabelecem que a relação dos indivíduos com o corpo também se modifique. Dessa forma, o autor tenta explicar a valorização da magreza e a atenção à aparência física que crescem nas camadas superiores, assim como aumenta a importância da força física nas camadas populares, visto que adquire efetivo valor devido à utilização, na maioria das vezes, por integrantes desta última camada, como força *bruta* de trabalho.

Motta (2004) declara que os corpos se diferenciam em cada sociedade, em períodos históricos distintos, na sua forma, na natureza humana (corpos de homem ou de mulher, de jovem ou de velho), em classe social e em práticas diversas.

Bourdieu apud Motta (2004, p. 40) analisa o corpo ligado ao poder social, pelo estabelecimento de preconceitos com relação às idades/gerações, no que concerne à concorrência a postos de trabalho, ou quando os velhos não possam mais manter as competências sociais do controle corporal.

De acordo com o modelo criado pelo preconceito social, o comportamento corporal do idoso assevera que o corpo do idoso deve não ter vigor, ser enrugado, encolhido, com reflexos lentos, com menos agilidade. A pessoa idosa, apesar de perceber com menor intensidade essas mudanças, considera natural esse fato, principalmente ao se referir às dores do corpo. Mme de Sévigne, citada por Beauvoir (1990, p. 351), descreve essa passagem do tempo sentida no seu corpo:

A Providência nos conduz com tanta bondade em todos os diferentes tempos de nossa vida, que quase nem os sentimos. Essa encosta desce brandamente, e é imperceptível; é o ponteiro do relógio que não vemos caminhar. Se aos vinte anos, nos dessem o grau de superioridade na nossa família, e se nos fizessem olhar num espelho o rosto que teremos ou que temos aos sessenta anos, comparando-o ao dos vinte, cairíamos para trás e teríamos medo dessa figura; mas é dia após dia que avançamos; estamos hoje como ontem, e amanhã como hoje; assim avançamos sem sentir, e este é um dos milagres dessa Providência que eu tanto amo.

A autora menciona que a velhice “é uma relação dialética entre meu ser para outrem _tal como ele se define objetivamente_ e a consciência que tomo de mim mesma através dele. Em mim, é o outro que é idoso, isto é aquele que sou para os outros: e esse outro sou eu” (Beauvoir, 1990, p. 348). Acrescenta, nos seus ensinamentos, que o corpo passa a inquietar-se ao percebe-se que a velhice o habita.

Contribuindo para esta reflexão, Goldfarb (1998) refere que o idoso ao ver sua imagem no espelho entende que ela está *fora*, por mais que tenha conhecimento que aquela é a sua imagem, lhe causa certo estranhamento. Ao se olhar no espelho, este precipita ou confirma a velhice, enquanto a imagem da memória tende a ser uma imagem idealizada, do Eu familiar. Este fato remete ao retrato de Dorian Gray, obra escrita por Wilde, citado por Goldfarb (1998, p.54), em que o seu personagem ao confrontar-se com seu retrato envelhecido e decrépito, experimentou um ideal para sempre perdido, um ideal de imagem fracassada.

Assim sendo, para a pessoa idosa que está sentindo as transformações ocorridas no corpo é diferente daquela que está se passando na mente. Motta (2004) explica, através das palavras de Featherstone (1991, p.42), a expressão “mascara do envelhecimento”, denominação em que o idoso teria uma máscara imposta ao corpo escondendo a sua identidade, que ainda seria fundamentalmente a mesma durante a sua mocidade. Featherstone, referido por Motta (2004, p.42), relata um depoimento do escritor Priestley, de 79 anos, ilustrando a afirmação acima:

É como se, descendo a Avenida Shaftesbury como um homem jovem, eu fosse subitamente raptado, arrastado para um teatro e obrigado a receber o cabelo grisalho, as rugas e outras características da velhice, e empurrado para o palco. Atrás da aparência da idade eu sou a mesma pessoa, com os mesmos pensamentos de quando eu era jovem.

Expressões como “a velhice é a máscara da morte” idealizada durante o Renascimento (século XVI), e a “velhice é a porta da morte e da eternidade” conferida por BOIS (1989, p.7) citada por Oliva (2006), concebem a imagem negativa que a sociedade impõe à imagem da velhice.

Porém, apesar das adversidades conferidas pela sociedade durante as transformações ocorridas no envelhecimento, seja no aspecto físico ou sociocultural, encontra-se atualmente um processo de mudança, na medida em que os idosos começam a movimentar-se conforme as suas trajetórias de vida, se homem ou mulher. As mulheres, em maior proporção que os

homens, tendem a se cuidar mais, como também elas, desde a juventude, são as mais cobradas pela aparência física, procurando o lazer e a cultura; e o homem se direciona para o lazer ou para as questões políticas, principalmente para os movimentos dos aposentados (MOTTA, 2004).

Por outro lado, constitui preocupação quando a sociedade exagera nos cuidados com o corpo. Isto se torna perigoso pelas artimanhas de métodos de rejuvenescimento que atraem milhares de pessoas que temem a velhice (MONTEIRO, 2003). Corroborando o autor, Debert (1999a) aponta que o indivíduo idoso é convidado a assumir a responsabilidade pela sua aparência e bem-estar através da ajuda de cosméticos, da ginástica, das vitaminas, da indústria do lazer, e assim esconder as rugas e a flacidez, além de ser responsável pela sua saúde. Quando o rejuvenescimento se torna algo obrigatório, não há espaço para a velhice, pois se as pessoas não seguirem a ordem imposta pelo mercado de consumo, e quando o declínio do corpo passa a ser inevitável, não haverá perdão. São oferecidos todos os caminhos da juventude, e, quando não acontece, o indivíduo é excluído desse *boom*. Nesse caso, é extremamente cruel esse tipo de escolha para a pessoa idosa.

2.6. Políticas de atenção à saúde do idoso

No contexto internacional das questões relativas ao envelhecimento mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou em Viena, no ano de 1982, a Primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento; na ocasião foi elaborado um documento que serviu para nortear as políticas sociais em países em desenvolvimento. Dentre as diversas recomendações, está a preocupação com a política de renda, incluindo a previdência social, a política de ação social, compreendendo a saúde, habitação, equipamentos urbanos e integração social, além da educação permanente, lazer e sensibilização nos meios de comunicação (ONU, 1982). Posteriormente, em 1998, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana, apresentou um novo paradigma do envelhecimento, considerando o idoso como um ser ativo da sociedade concedendo a base para um novo enfoque na promoção da saúde (FERRARI, 1999).

A Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento ocorre em 2002 e estabelece o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE, 2002). Com respaldo de todos os países membros das Nações Unidas, foram adotadas as seguintes recomendações: 1) Colocar o envelhecimento populacional na agenda do desenvolvimento

dos países em desenvolvimento; 2) A importância singular e global da Saúde; e 3) Como desenvolver políticas de meio ambiente (tanto físico quanto social) que atendam às necessidades de indivíduos e sociedades que envelhecem. Em cada uma dessas áreas de ação, o PIAE prioriza as questões de gênero e da desigualdade social (ONU, 2002).

Em se tratando de Brasil, por muito tempo não houve interesse em direcionar políticas públicas, deste país, para a atenção ao idoso. Desse modo, as políticas governamentais de direitos do idoso são recentes e ainda bastante precárias e lentas. Só a partir de 1988, a Constituição Federal, nos artigos 229 e 230, torna clara a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado em relação à subsistência e dignidade dos mais velhos (BRASIL, 2004). Assim sendo, somente após cinco anos, em 1994, foi aprovada a Lei Nº. 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e institui o Conselho Nacional do Idoso. A lei passou a ser regulamentada em 1996, através do Decreto Nº. 1.948, de 03/10/96; contudo, apenas no ano de 1999 é que foi promulgada (BRASIL, 1998), trazendo diversos ganhos e relevantes conquistas sociais para a população idosa, quais sejam: a) Na promoção e na assistência social, estímulo à criação de centros de convivência, centros de cuidados noturnos, casas lares, oficinas de trabalho, atendimentos domiciliares, além de capacitação para o atendimento ao idoso; b) Na área da saúde, uma assistência de promoção, prevenção e recuperação, por meio do SUS, e a inclusão da geriatria como especialidade clínica em concursos federais, estaduais e municipais; c) Na área de educação, uma adequação dos currículos escolares com conteúdos sobre envelhecimento e a inserção da Gerontologia e Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores, além da criação de programas de ensino para o idoso e a criação da universidade aberta para a terceira idade; d) Na área do trabalho e da previdência, impedir a discriminação do idoso, no setor público e privado, e criação de programas de aposentadoria e atendimento prioritário nos benefícios previdenciários; e) Na área de habitação e urbanismo, facilitar o acesso à moradia e diminuir as barreiras arquitetônicas; f) Na justiça, promoção jurídica ao idoso, coibindo abusos e lesões e seus direitos; g) Na área da cultura, esporte e lazer, integrar o idoso e reduzir preços de eventos culturais, esportivos e de lazer.

No que tange à saúde do idoso, o Ministério da Saúde, através da Portaria Nº. 1.395, de 1999, definiu a Política Nacional de Saúde do Idoso, estabelecendo diretrizes a ser cumpridas pelo Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde., a citar: A promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional, no que confere ao idoso minimizar danos e possibilitar-lhe a autonomia; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida, presentes nos

idosos; capacitação de recursos humanos especializados, pois, na maioria das universidades não existe conteúdo sobre gerontologia na área da saúde; e, por último, o apoio a estudos e pesquisas, os quais devem ser valorizados pelas universidades (BRASIL, 1999).

E, finalmente, em 01 de outubro de 2003, é aprovado o Estatuto do Idoso, no qual se destaca o artigo 3º desta Lei;

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso com absoluta prioridade a efetivação do direito à vida, à saúde, a alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2003, p. 8).

Este artigo abarca diversas concepções, uma delas considerada fundamental, que é a saúde, quando pensada de uma forma ampliada, inserida no contexto familiar, e na perspectiva de uma melhor qualidade de vida, promovendo, prevenindo e reabilitando as incapacidades.

E recentemente, após sete anos da Política Nacional da Saúde do Idoso e a implantação do Estatuto do Idoso, o Ministério da Saúde aprova a Portaria de Nº 528, de 19 de outubro de 2006, no que concede a implementação da Política Nacional de Saúde da pessoa idosa, substanciando a portaria anterior (BRASIL, 2006).

Brêtas (2002) coloca o quanto seria benéfico e barato, se no Brasil a prevenção iniciasse a partir do primeiro sintoma referido pelo indivíduo. A autora cita, como exemplo desta prática, o modelo teórico canadense, em que o indivíduo ao verificar sua pressão arterial, e constatando-a alterada, a partir deste instante dá início a um processo de prevenção ao Acidente Vascular Cerebral (AVC). Diferentemente da realidade do contexto brasileiro, que cuidará do indivíduo durante a reabilitação, após o AVC ter ocorrido.

Veras et al (2002) possibilitam um amplo debate sobre os modelos de atenção ao idoso, quando afirmam ser esses os maiores usuários dos serviços de saúde, apesar da sua grande maioria estar bem de saúde, porém, aqueles que estão com alguma perda da sua capacidade funcional geralmente têm mais de uma queixa. O autor chama a atenção ao se reportar à doença no idoso, que é diferente das outras faixas etárias, sendo geralmente de longa duração, além de requisitar profissionais qualificados, equipe multidisciplinar, como também equipamentos e exames complementares caros.

Os modelos clássicos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde terão que ser pensados noutra lógica, quando se remetem à pessoa idosa, pois suas

características e peculiaridades são especiais. Portanto, quanto à promoção, a equipe de saúde deve proporcionar meios de informação na divulgação de uma vida saudável, incentivo à formação de cuidadores, e ao esclarecimento sobre as doenças prevalentes nesta faixa etária. Quanto à prevenção, são duas as maneiras de prevenir: a primeira, utilizada para as demais faixas etárias, incluindo evitar as manifestações de quadros doentios; e a segunda, a detecção precoce das doenças, realizando programas de triagem, rastreamentos mínimos nos postos de saúde, tentando detectar ou reduzir a evolução de alguma doença crônica (VERAS et al, 2002).

Nessa perspectiva, o autor aponta o PSF como uma estratégia de atenção à saúde do idoso nas suas diversas frentes, quando há uma população adscrita e se vai ao domicílio, minimizando as dificuldades de acesso dessa população, como também por possibilitar a identificação do idoso fragilizado, sendo capaz de realizar ações preventivas nos planos primários e secundários (VERAS et al, 2002).

Nesse aspecto, no que se refere ao PSF, este surgiu como proposta para possibilitar um novo rumo das práticas em saúde coletiva; são conceitos, tais como, “acolhimento”, “vínculo”, “promoção e vigilância da saúde”, “ações programáticas”, “clínica ampliada”, que permitem vislumbrar um novo modelo assistencial de saúde (TEIXEIRA, 2004). Sousa (2000, p. 27) acrescenta, em seus estudos sobre PSF, uma definição abrangente deste programa, direcionando olhares atentos do fazer saúde na perspectiva do SUS.

É um retorno da visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social, desenvolvendo ações de promoção, de proteção específica, de diagnóstico precoce, da recuperação e de reabilitação. Trabalhando com as reais necessidades locais, por meio de uma prática humanizada e tecnicamente competente, sincronizando o saber popular com o saber técnico científico em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente.

Sousa (2000), ao se referir ao PSF, direciona o seu olhar para aquele indivíduo que se encontra dentro da sua estrutura familiar, no seu habitat natural, conhecendo cada espaço que lhe é familiar, onde acontecem manifestações de prazer ou ódio, de alegrias ou tristezas, de afagos e desafagos.

Segundo Garnelo e Langdon (2005), o PSF estimula a ida dos profissionais de saúde à comunidade, ao sair dos muros circunscritos da Unidade de Saúde e, desta forma, proporcionar a interação nos grupos familiares. Porém, as autoras chamam a atenção que esses profissionais são lançados nessa nova e desconhecida cena social apenas com suas habilidades e carisma pessoal, suas experiências e o senso comum para a reflexão sobre as

condições da vida do outro. É a principal fonte de cuidados para o idoso, afirma Caldas (2003).

Portanto, Veras et al (2002) afirmam que os serviços de saúde devem ser reestruturados numa nova perspectiva de cuidar da pessoa idosa, seja o idoso saudável ou aquele que necessite de cuidados de reabilitação, ampliando a qualidade dele e de sua família.

2.7. A família na atenção à saúde do idoso

A família é a base instrumental mais importante da estrutura social, pois o que o indivíduo apreende na família determinará o seu papel nos outros segmentos da sociedade. Dessa maneira, o processo de socialização nas tradições culturais é transmitido de uma geração a outra, contribuindo para que a cultura permaneça viva (GOODE, 1970).

A família composta de dois indivíduos de sexos diferentes, com união duradoura ou não, os quais procriam e educam seus filhos, denominada de família conjugal, está presente em todos os tipos de sociedade. Mas, apesar de raras, existem exceções. Lévi-Strauss (1972) cita como exemplo os Nayar, na Índia; os homens estando absortos na guerra não constituíam famílias; assim o casamento não formava laços permanentes, e a mulher casada podia ter quantos amantes quisesse, sendo os filhos considerados da linhagem materna.

Outrossim, Melman (2001) afirma que a família moderna surge a partir do século XVII na Europa, quando pais e filhos passam a ocupar um lugar privado dentro de casa, pois durante a idade medieval as famílias eram extensas, incluindo parentes, servidores e protegidos, vivendo em grandes casas rurais, chamadas de “frereche”. Ariés (1981) comenta que o sentimento de família surge com a presença da criança. Através da pintura, o autor relata iconograficamente a evolução da família; primeiramente no início do século XII através das figuras de homens trabalhando no campo sem a presença da mulher; e a partir do século XVI, o homem aparece junto à mulher, à criança e aos vizinhos. Nesse momento, aparecem nas gravuras todas as fases da vida, do nascimento à velhice. E finalmente no século XVIII, as crianças passaram a ir para escola, a casa se tornou privada, com quartos separados, e os criados foram alojados fora da casa. Os laços familiares passaram a ser fortalecidos, ocupando um lugar central na família (ÁRIES, 1981; MELMAN, 2001).

Ao pesquisar diversos tipos de famílias em várias sociedades, Lévi-Strauss (1972) aponta algumas características comuns ao conceito de família: a família tem a sua origem no casamento, inclui o marido, a mulher, os filhos nascidos desta união, formando um núcleo,

em torno do qual outros parentes podem se agregar. Os membros da família estão unidos por laços jurídicos, direitos de obrigações de ordem econômica, religiosa, existindo uma rede de direitos e proibições sexuais e um conjunto de sentimentos, como o amor, afeto, respeito, medo, dentre outros.

Nessa perspectiva, Goode (1970) menciona as principais formas de família, dentre elas, a família nuclear, composta pelo marido, mulher e filhos, com laços familiares estreitos, presente nos séculos XX e XXI. Quanto à família extensa, corresponde a um sistema no qual o ideal social são as diversas gerações sob o mesmo teto; um exemplo deste tipo de família é o sistema chinês, onde o homem e sua esposa, os filhos e suas esposas, netos e bisnetos moram todos juntos. Na Europa, até o século XIX, havia várias denominações para a família extensa, o “brastvo” russo, a “zadruga” dos eslavos do sul, a “meisnie” francesa, eram as grandes famílias constituídas, em torno de um velho, pelos seus irmãos, filhos, sobrinhos e netos e suas esposas, sobrinhas e netos até os bisnetos (LEVI-STRAUSS,1972).

No Brasil, a família patriarcal, difundida pela obra *Casa-Grande e Senzala*, de Freire, referendado por Nazareth (2003, p.16), seria outro exemplo da família extensa, ou seja, através do sistema de dominação política e econômica dos senhores de engenho, no Nordeste, havia um casal e seus filhos legítimos, somando a um núcleo periférico de tios, primos, afilhados, além das escravas amantes e seus filhos bastardos da relação com o senhor. Segundo a autora, o caráter conservador do modelo patriarcal é atribuído à herança da colonização portuguesa, recebendo influências até os dias atuais.

Contudo, no final do século XIX, com o desenvolvimento industrial, mudanças políticas e econômicas, com influências liberais, conceberam uma nova configuração para a família brasileira. As famílias extensas, predominantes no meio rural, no qual o idoso_ foco do nosso estudo_ tinha seu papel assegurado, vão aos poucos sendo substituídas pelas famílias nucleares urbanas, com a migração rural urbana ou interurbana, onde os migrantes, geralmente adultos em idade economicamente ativa, tendo como consequência a permanência dos idosos no local de origem. E aqueles que migram para a cidade, ao chegar lá, os espaços são mínimos, deixando-os sem um local digno para as suas necessidades (SEADE, 1991).

Além desses fatores, acrescenta-se a entrada da mulher no mercado do trabalho, figura tradicionalmente provedora dos cuidados básicos da família. Logo cedo elas aprendiam no convívio com outras mulheres, do seu grupo sociocultural, o domínio do saber popular para utilizar seus conhecimentos nos cuidados com os idosos, tanto na saúde como na doença. Portanto, sem a presença da sua cuidadora, o idoso passa a ficar na maioria das vezes, isolado (SANTOS, 2003).

Concordando com a autora, Caldas (2004b) afirma que o que se vem se delineando na nova família nuclear e no contexto da urbanização é a mudança da família, diminuindo, em casa, o número de pessoas para cuidar do idoso, como também a mulher que passou a conquistar espaço no mercado de trabalho. Somando a esses fatores, observa-se que nas famílias menos abastadas todos os membros precisam trabalhar para melhorar a renda familiar; e um outro fator agravante é o número crescente de separações entre os casais, diminuindo cada vez mais o suporte familiar para os idosos.

Como a redução do tamanho da família é um fenômeno mundial, vem crescendo substancialmente a importância da família e da comunidade como pontos estratégicos de integração das diversas políticas sociais. Para tanto, a ONU, declarou o ano de 1994 como o *Ano Internacional da Família*, priorizando políticas públicas direcionadas à família. Silvestre et al (1996) mencionam que o suporte social comunitário realizado por vizinhos, parentes, amigos ou instituições comunitárias, pela razão anteriormente citadas da redução das famílias, também estão progressivamente diminuindo, sendo mais um fator do enclausuramento e solidão do idoso.

Segundo Fericgla (1982), a estrutura familiar constitui a principal referência de pertença à cultura do idoso, pois é nesse instante da construção cultural que ocorre um intercâmbio entre o idoso e a família.

Dessa forma, Caldas (2004b) menciona que o cuidado familiar é parte de uma cultura tradicional, ou seja, a família é responsável por amparar e acolher o idoso. Outro fator, que se soma a esse cuidado, é a questão religiosa; as religiões, na grande maioria, referem que o cuidado do idoso está a cargo da família, principalmente da mulher, que historicamente permaneceu em casa para o homem provedor trabalhar fora, produzindo uma divisão sexual do trabalho e dos espaços sociais (MELMAN, 2001).

Por conseguinte, princípios básicos para a manutenção da saúde do idoso estão pautados na sua manutenção no seio familiar e comunidade, com o máximo da capacidade física e funcional para que tenha uma melhor qualidade de vida (BRITO, RAMOS, 1996).

Por outro lado, nem todos os idosos têm uma família devido a algumas razões, como a viuvez, a inexistência de filhos, ou morte deles, ou mesmo por opção, tenham preferência por estar distante dos filhos pela possibilidade de não ter havido um bom relacionamento; no entanto, o isolamento deixa o idoso mais fragilizado, podendo ocorrer sensações de solidão, desamparo e medo. Nessas circunstâncias, existe a probabilidade do agravamento da morbidade, decréscimo da qualidade de vida e um risco da mortalidade desse idoso. Para

Caldas (2003), as funções tradicionais da família se encontram em processo de mudanças estruturais, sociais, demográficas, econômicas e culturais.

A autora direciona dois caminhos quanto aos cuidados do idoso por sua família: primeiro, é imprescindível que políticas públicas acompanhem mudanças que estão ocorrendo na estrutura familiar, garantindo direitos sociais, implantando serviços de apoio aos idosos e sua família, em especial aos idosos dependentes, isolados e abandonados que se encontram em maior risco social; segundo, a família cuidadora necessita de informações, de suporte emocional, como também serviços de apoio para ela e o idoso (CALDAS, 2003; 2004b).

A Constituição Brasileira de 1988, no seu Art. 299, enfatiza a responsabilidade da família pelo cuidado e atenção ao idoso: “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. Assim sendo, a família, nas políticas públicas, é concebida como sendo a cuidadora ideal do idoso, apesar de pouco assistida por órgãos públicos e tendo que arcar, na maioria das vezes, com essa responsabilidade sozinha (SANTOS, 2003).

Além desse fator, Vasconcelos (1999) faz um breve histórico de como se encontrava a família brasileira ao chegar até os anos 1990, mergulhada numa crise social, revelando a criminalidade das crianças e adolescentes e as reações violentas da sociedade. Somando a essas questões o recrudescimento das epidemias de cólera e dengue, teve como consequência, no que se refere às políticas públicas, a implementação de saúde ligada à população. Inicia-se a partir daí o PACS, e logo depois o Ministério da Saúde reúne os coordenadores com experiências de atenção primária ligada a trabalhos junto à comunidade e família, implantando o PSF como proposta de se trabalhar no cotidiano da família brasileira, principalmente nos grupos mais vulneráveis.

Assim sendo, alguns autores vêm colaborando na discussão da importância da contribuição do PSF na assistência à saúde do idoso, centrada na promoção, prevenção de agravos, tratamento adequado e garantia de referência e contra-referência de maior complexidade, além de participar na promoção da qualidade de vida deste idoso (VERAS, 2002; LOPES; OLIVEIRA, 2004; PACHECO; SANTOS, 2004).

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Se as coisas não são inatingíveis...
Ora! Não é motivo para não querê-las...
Que triste os caminhos se não fora
A presença distante das estrelas!

Mario Quintana

3. CAMINHO METODOLÓGICO

Esta investigação se define como descritiva e de abordagem qualitativa, definida por Minayo (2004) como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade aos seus atos, às relações e às estruturas sociais. Além de constituir-se de especificidades próprias como um objeto histórico, que remete a uma consciência histórica, uma identidade entre o sujeito e o objeto de investigação, que mesmo divergentes em classes sociais, culturais ou idades, ambos são seres humanos, identificados como pesquisado e pesquisador, imbricados por laços de interação e, por fim, a parcialidade da ciência, submetida a interesses, valores e visão de mundo distintos.

André (1995), enfatiza que na etnografia a utilização variada de métodos e técnicas, sendo mais usadas, entre os pesquisadores, a observação participante e a entrevista, por favorecerem uma maior interação entre pesquisador e pesquisado, através de um contato maior e/ou mais demorado com o objeto e o sujeito do estudo, de maneira que possibilita um espaço democrático para o pesquisado se colocar diante da experiência ou da forma na qual ele vê o mundo ao seu redor. Neste aspecto, o trabalho de campo é importante por realizar observações in loco das manifestações naturais de seu objeto de estudo. A indução e a descrição, também, são aspectos importantes e presentes na pesquisa etnográfica, pois favorece o maior número possível de informações através da descrição dos depoimentos, diálogos, pessoas, ambientes, entre outros.

Portanto, a etnografia encontra uma série de diferentes interpretações da vida e do senso comum, pois os seus objetivos são de apreender os significados dos membros de uma cultura que os tem como dados adquiridos, para logo em seguida apresentar os novos significados às pessoas externas a essa cultura (BOGDAN; BILKEN, 1999).

3.1. Conhecendo o contexto social

Praieira dos meus amores, encanto do meu olhar!... Nos coqueirais ao sol-pôr..., bem pertinho da praia, o albergue, o ninho, o amor do humilde pescador!...Praieira, linda entre as flores deste jardim potiguar!... Quero, ao sussurro das ondas do Potengi amado... À margem verde do rio serei teu pescador, ó pérola do amor. Otoniel Menezes, (autor da música Praieira, Natal/RN).

3.1.1. Um olhar em Natal

Inicialmente, para uma melhor compreensão do cenário deste estudo, foi feita uma breve incursão pela cidade de Natal, a capital do Rio Grande do Norte, conhecida nacionalmente como a cidade do Sol, devido aos seus quase 300 dias com sol ao ano e, logo a seguir, do bairro de Felipe Camarão. A cidade de Natal nasceu oficialmente a 25 de dezembro de 1599, onde hoje está situada a Praça André de Albuquerque, local da missa na capelinha erguida para aquela ocasião (CASCUDO, 1980). Apesar de algumas controvérsias, Mariz e Suassuna (2000) atribuem a fundação de Natal ao Capitão-Mor Jerônimo de Albuquerque, mestiço, importante figura na pacificação dos índios nos conflitos locais com os invasores na Província do Rio Grande.

Natal foi cenário de importantes fatos ocorridos na história do Brasil, dentre estes a Insurreição Comunista de 1935, cujos membros do Partido Comunista (partido político de esquerda fundado em 1928, no Brasil) constituíram uma Junta Revolucionária em Natal, permanecendo no poder durante três dias, fato este que repercutiu no encadeamento da repressão e caça aos comunistas da década de 1930 (ALCÂNTARA, 2003).

Um outro fato importante foi a inclusão dessa cidade no panorama mundial durante a II Guerra Mundial (1939-45), pela privilegiada situação geográfica do Rio Grande do Norte, que o coloca como ponto estratégico no Atlântico Sul, próximo da África., possibilitando a instalação de uma base militar americana, servindo como ponte de abastecimento dos aviões que viriam dos Estados Unidos da América, indo em direção à Europa (MARIZ; SUASSUNA, 2002).

De acordo com Mariz e Suassuna (2002), Natal, em 1940, era uma pequena cidade de hábitos provincianos, com população de 52.582 habitantes, compreendidos entre os bairros do Tirol, Petrópolis, Cidade Alta, Ribeira, Rocas e Alecrim. Natal passa a ser conhecida mundialmente a partir do conflito mundial; como consequência, a população duplicou, verificou-se um grande surto de desenvolvimento econômico e urbano, pois o município abrigava o aeroporto mais movimentado do mundo naquele momento. Após o término da Segunda Guerra, com profundas influências norte-americanas, foi aos poucos esquecida, perdendo a posição para Recife (capital do Estado de Pernambuco), como uma das mais importantes do Nordeste (MARIZ; SUASSUNA, 2002).

SILVA (2001), nos seus estudos sobre o processo migratório de Natal, compreendendo de 1940-2000, concede valiosas informações sobre este período. Segundo o autor, as correntes migratórias ocorridas no Estado são principalmente do tipo urbano/urbano

(39,4%) e rural/urbano (33,6%), sobretudo para a Capital, assinalando, dentre as diversas causas, a estagnação da economia rural, as relações de mudanças no campo e a facilidade através da expansão das estradas e de diversos meios de comunicação, que facilitaram o intercâmbio de informações, além do sonho de encontrar emprego e condições de vida na cidade grande.

Concomitantemente a esse processo migratório para Natal, ocorre o desenvolvimento socioeconômico, através da industrialização e dos incentivos federais da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), a criação da Companhia de Habitação Popular do Rio Grande do Norte (COHAB/RN), assim como, e a partir dos anos 1980 a instalação da Região de Produção do Distrito Setentrional da Petrobrás (RPDS) os quais tiveram um papel preponderante para o desenvolvimento da região (SILVA, 2001).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) assinalam que Natal tem uma população de 789.896 habitantes e tem como limites geográficos, ao norte, a cidade de Extremoz; ao sul, Parnamirim; a leste, o Oceano Atlântico; e a oeste, São Gonçalo do Amarante. Estas cidades juntamente com as cidades de Ceará-Mirim e Macaíba constituem a Região Metropolitana de Natal, que é famosa por suas belas praias e também por ser considerada uma das cidades mais acolhedoras do Nordeste; o seu sol chega mais cedo e seu ar é o mais puro da América do Sul.

Quanto aos indicadores socioeconômicos, a renda per capita média é de R\$ 339,90 reais, com o salário médio de R\$ 919,10, tendo o seu Produto Interno Bruto (PIB), em 2003, de R\$ 478,229 (a preço corrente R\$ 1.000) IBGE-PIB (1999-2003).

Apesar de decrescente ao longo dos anos, a taxa de mortalidade infantil em Natal correspondendo a 36,5 por mil nascidos vivos, todavia, a esperança de vida ao nascer de acordo com o censo do IBGE (2000) está em torno de 68,8 anos, e a taxa de fecundidade corresponde a 2,0 filhos por casal.

3.1.2. Um olhar em Felipe Camarão

São casas simples com cadeiras na calçada, e na fachada escrito em cima que é um lar, pela varanda flores tristes e baldias como a alegria que não tem onde encostar... E aí me dá uma tristeza no meu peito... É gente humilde, que vontade de chorar...Chico Buarque (cantor e compositor da música Gente Humilde).

Alguns fatos relacionados à história do bairro, serão descritos para uma melhor compreensão desta investigação. Trata-se de um bairro da periferia, com problemas sociais e de saúde característicos das populações de baixa renda. Entre outros, identificam-se a baixa escolaridade, o alto índice de gravidez na adolescência, o desemprego e subemprego, a ausência de saneamento básico e a presença da drogadição, contudo, também é rico de uma história cultural e de importantes personalidades na cultura popular do Rio Grande do Norte.

O bairro de Felipe Camarão, situado na zona administrativa Oeste de cidade do Natal, tem sua origem a partir das margens do rio Potengi e estende-se por uma área de 788.66 ha., limitando-se ao norte, com o bairro de Bom Pastor; ao sul, com o bairro de Guarapes; a leste, com o bairro de Cidade da Esperança e Cidade Nova; e ao oeste com o Rio Potengi que banha a cidade e deságua no Oceano Atlântico, sendo formado pelas localidades de Peixe-Boi, km 6, Baixa do Sagüi, Barreiros e os conjuntos Felipe Camarão I, II, III, Jardim América, Morada Nova II e III e Lavadeiras (SEMURB, 2005).

Encontra-se cortado pela rede de alta tensão da CHESF, sob a qual se fixaram domicílios clandestinos, formando a Favela do Fio; noutro extremo, região fronteiriça ao bairro de Cidade Nova, encontra-se uma via férrea ligando a cidade de Natal a Parnamirim, utilizada como um dos meios de transporte por seus moradores (OLIVEIRA et al, 2003).

Apresenta uma área geográfica acidentada, que compreende dunas, grandes declives e erosões, rios e mangues, e, de acordo com Cavalcante e Lima (1997), durante a década de 1920 as terras denominadas engenho Pitimbu, sítio Peixe-Boi, Quintas do Vigário e Guarapes, localizadas às margens do Rio Potengi, foram compradas pela firma portuguesa *Manoel Machado Comércio S/A*, de propriedade do português Manoel Machado, terras estas de um intenso comércio, principalmente da produção agrícola da cidade de Natal. Posteriormente, nos anos 1960, outra empresa, a Gema Agro-industrial *SAI*, comprou grande parte dessas terras, denominada REFORMA, com o propósito de loteá-la e vendê-la como granjas e chácaras para pessoas de poder aquisitivo elevado, o que não aconteceu por se tratar, na época, de uma área sem infra-estrutura e distante do centro urbano, fato que não agradava à população abastada que preferia se fixar próximo ao mar (CAVALCANTE, LIMA, 1997).

A partir de então, a empresa Gema no intuito de não arcar com prejuízos, fez um acordo com o Governo do Estado, na gestão do Monsenhor Walfredo Gurgel, barateando e dividindo os lotes, a fim de vender à população de renda mais baixa. Dessa forma, Felipe Camarão se institucionalizou como bairro através da Lei Municipal n°. 1760, de 1968, durante a administração municipal do então Prefeito Agnelo Alves (CAVALCANTE, LIMA,

1997).

Porém seu grande *boom* de ocupação se deu nos anos 1970 com o programa governamental de remoção das favelas existentes, através da construção de conjuntos habitacionais de pequeno porte, denominados de embriões por ter cada domicílio apenas quarto, cozinha, sala e banheiro, que, após serem construídos, passaram a se chamar de Promorar I, II, e III e Morada Nova, para os quais foram transferidos os antigos moradores dessas favelas, com a promessa de não haver pagamento de taxas, acordo este não cumprido pelo governo. A posteriori, outras moradias foram sendo construídas por imigrantes vindos do interior do Estado, numa área denominada de *KM 6*, e, mais recente, surgiu um outro conjunto habitacional, o Jardim América, diferenciando dos demais por pertencer a moradores de melhor poder aquisitivo, e por isso não se considerarem parte integrante do bairro de Felipe Camarão (CAVALCANTE; LIMA, 1997).

O bairro conta com uma população estimada de 51.279 habitantes e uma densidade demográfica de 77,30. Desses, pouco mais de 73% recebiam até dois salários-mínimos mensais (12,8% declaram-se sem rendimentos), sendo o rendimento mensal médio de R\$ 327,28. Felipe Camarão encontra-se no 33º do *ranking* da classificação dos rendimentos dos bairros de Natal, correspondendo ao rendimento médio de 2,17 salários-mínimos, bem próximo do último do ranking, o bairro de Guarapes, que ocupa o 36º lugar, em rendimento mensal de R\$ 245,76, ou seja 1,63 SM, contrastando com o bairro de Petrópolis, na região leste, o 1º no ranking, com a renda mensal de 3.336,16, correspondendo a 22,09 SM.

Em se tratando do grau de escolaridade, se somados aqueles sem instrução com aos que têm até três anos do ensino fundamental, encontra-se um índice de 46,46%, que corresponde a aproximadamente a metade da população, apresentando uma baixa escolaridade. De acordo com Cavalcante e Lima (1997), cerca de 40% da população masculina é formada por pedreiros e serventes e 86% da população feminina dedica-se ao lar.

Quanto à sua rede sanitária e abastecimento de água, 10.189 imóveis são abastecidos pela rede geral, 70, por poços, e 523 têm outros tipos de abastecimento. Sobre o destino dos dejetos, 539 imóveis estão ligados à rede geral de esgoto, 2.657 têm fossas sépticas, 7.211, fossas rudimentares, 25 jogam em valas, 108 despejam no mar, rio ou lago, 219 imóveis não têm banheiro ou sanitário. Quanto ao destino do lixo, a maior parte é coletada pelo serviço de limpeza municipal, correspondendo a 10.225 casas, realizada pelos carros que passam duas vezes na semana e nas caçambas que permanecem em locais específicos, porém, 401 residências jogam em terreno baldio, rios e lagos (SEMURB, 2005).

Diversos equipamentos sociais estão presentes no bairro. De acordo com Cavalcante

e Lima (1997), existem 18 entidades associativas, entre clube de mães, conselhos comunitários, centros sociais, escolas públicas de 1º e 2º graus, escolas privadas, fundação filantrópica com uma escola, creches, 01 delegacia distrital, 01 posto da polícia comunitária, igrejas católicas e evangélicas, centros espíritas, 02 feiras públicas em dias distintos, (domingo e terças-feiras) e 02 empresas de transportes coletivos. Não há espaços físicos culturais, praças ou quaisquer locais em que a população possa se encontrar para desfrutar de algum tipo lazer. Segundo Oliveira et al (2003), Felipe Camarão abriga dois dos maiores representantes da cultura popular do Rio Grande do Norte: o mamulengueiro⁴ Chico Daniel e o Mestre Manoel Marinheiro⁵, este último era responsável pela dança folclórica Boi de Reis, falecido em 2004, porém a sua família conserva a tradição e perpetua a sua história, preservando a sua memória.

3.2. O campo de investigação

Dentre outras esferas sociais já citadas, encontra-se a Unidade de Saúde da Família Olavo Medeiros, denominada Unidade de Felipe Camarão II, fazendo parte da SMS. Além desta, existem mais duas Unidades de Saúde no bairro: a Unidade Mista de Felipe Camarão I e a USF Felipe Camarão III, localizadas em outros espaços do bairro. Especificamente, essa área da USF, na qual foi desenvolvido este estudo, compreende os conjuntos residenciais Promorar I, II, III, a Favela do Fio, limitando-se com o bairro de Cidade Nova, com as dunas (localiza-se a Estação de Passagem, antigo lixão da cidade de Natal), o fio de alta tensão da CHESF, linha divisória entre as outras unidades de saúde do PSF e o conjunto Jardim América.

O PSF instituído no município de Natal no ano de 1998, teve na Unidade de Saúde da Família, uma das três pioneiras na implantação desse programa. O seu objetivo que foi de

⁴Também denominado de calungueiros – arte de fazer o João-redondo- um teatro rústico de bonecos que começou nos velhos países do oriente, China, Turquia. Imigrando para Europa sofreu um processo de ascensão cultural. Trazido para o Brasil, o João-redondo retornou sua forma rústica e faz parte do folclore nordestino. (GURGEL, 1999).

⁵ O Mestre Manoel Marinheiro responsável pela dança folclórica Boi de Reis- também denominado bumba-meu-boi ou boi-calemba é considerado o principal folguedo popular tradicional do Brasil. Essa dança tem influências portuguesas nas cantigas e no elenco dos personagens. É composto por integrantes denominados de Mascarados e Enfeitados, além das figuras dos bichos, destacando-se o boi, o bode, a burrinha, o gigante e o jaraguá. O núcleo central do drama é a morte de um boi no final da dança. Atualmente o auto limita-se aos cantos iniciais de louvação, saudações, benditos e baianos, encerrando-se com cantos de despedidas cantados por todos (GURGEL, 1999).

reorganizar a atenção básica instituída pelo MS seguindo os princípios e diretrizes do SUS, sendo nela instaladas quatro equipes de saúde, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, advindos do PACS, já existente antes do PSF. De acordo com Costa, Moeda (2001), consiste na intersetorialidade das ações, no planejamento e programação local, hierarquização, adstrição do território e a co-responsabilidade da equipe de saúde e a população. Corroborando essas afirmações Sousa (2002, p. 105) acrescenta “a responsabilidade de cuidar da saúde da família de forma universal, integral, equânime e contínua, faz do PSF o caminho que completa a Reforma Sanitária.”

No ano seguinte, foi implantada mais seis (06) equipes na Unidade Mista de Felipe Camarão II, e somente em 2003 o PSF foi ampliado com mais quatro equipes da USF Felipe Camarão III, atingindo 100% de cobertura do bairro.

O estudo de campo aconteceu no próprio contexto familiar dos idosos residentes na área adscrita da USF Felipe Camarão II, cuja população atual é de 14.279 (quatorze mil, duzentos e setenta e nove) habitantes (Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB / 2005), e com um universo de pessoas idosas⁶ num total de 762 (setecentos e sessenta e dois), destes 322 (trezentos e vinte e dois) idosos são do sexo masculino e 440 (quatrocentos e quarenta) do sexo feminino. A escolha desse campo de investigação aconteceu por se tratar de local de trabalho em que é vivenciada uma co-relação entre profissionais e usuários, como também pelo envolvimento dos grupos operativos direcionados a pessoa idosa e pelo interesse de estudar-se esta temática.

Para busca das informações necessárias, foram utilizados três instrumentos de coleta: a técnica de observação participante, a entrevista semi-estruturada e o diário de campo. O primeiro instrumento permite que o observador se ligue aos aspectos que envolvem a situação, podendo registrá-los e analisá-los (SPRADLEY, 1980). O segundo, possibilita ao entrevistado falar do tema, sem necessariamente dar respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, “num processo que é construído duplamente pelo pesquisador e pelos atores sociais envolvidos” (MINAYO, 2004, 143). Já o diário de campo permite dados que não estão inseridos no roteiro da entrevista: as conversas informais, expressões, comportamentos, gestos, tudo que se relacionar com o tema da pesquisa.

Na observação participante, de acordo com Malinowski (1975), considera-se que o observador cientista deverá estar preparado para se colocar sob o ponto de vista do grupo ou

⁶ Considerada a população igual ou maior de 60 anos – OMS.

da comunidade estudada, através da abertura com o grupo, da sensibilidade para sua cultura e sua lógica, como também da ênfase do que é primordial na interação social e na situação de pesquisa. Nessa perspectiva, Malinowski (1975, p.137) afirma:

“Há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados através de perguntas, devem ser observados na sua realidade. Incluem-se a rotina de um dia de trabalho, os detalhes do cuidado com o corpo, da maneira de comer e preparar as refeições; o tom das conversas e da vida social das casas da aldeia, a existência de grandes amizades e hostilidades e de simpatias e antipatias entre as pessoas; a maneira sutil mas inquestionável em que as vaidades e ambições pessoais se refletem no comportamento dos indivíduos e nas reações emocionais dos que os rodeiam”.

Entre as práticas realizadas, dentro da observação participante, encontram-se a observação, a descrição detalhada de todas as ações e circunstâncias. No caso específico dessa investigação, as situações observadas descritas incluíram desde a maneira de como o idoso se encontrava, a sua forma de sentar, com quem estava no momento da chegada do pesquisador, seus gestos, as manifestações de alegria ou tristeza, suas pausas ao falar, o modo como se referia aos seus familiares e sua relação com profissionais da USF, o seu olhar, o modo de vestir, considerando o seu ambiente no lar, nos lugares de encontros dos idosos e da própria Unidade de Saúde, descrevendo ainda os objetos que estavam ao seu redor e as pessoas envolvidas. As conversas foram gravadas e transcritas, para se preservar o material etnográfico.

A tarefa da antropologia, investigando a importância não-aparente das coisas, é tornar possíveis descrições minuciosas por meio de um vocabulário que possa expressar os comportamentos como atos simbólicos. E, durante a pesquisa de campo, situando-se no contexto estudado, trata-se “muito mais do que simplesmente falar com os nativos mas dialogar com eles” (Geertz, 1989:24).

Um outro instrumento utilizado foi a entrevista, considerada esta um recurso privilegiado de informações, por revelar a fala e representações de determinados grupos nas suas condições históricas, sociais, econômicas e culturais (MINAYO, 2004). A entrevista é sempre uma interação entre pesquisador e pesquisado, e pode ser afetada pela natureza de suas relações com o pesquisador (ANDRÉ, 1995; LUDKE E ANDRÉ, 1986, MINAYO, 2004). No caso específico deste estudo, utilizou-se a entrevista semi-estruturada que, segundo Honningmann apud Minayo (2004, p.108), “é aquela que combina perguntas fechadas (ou estruturas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o

tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”

Aproximadamente 60 encontros entre os idosos e familiares foram realizados, nos quais aconteceram as entrevistas, a observação participante e, em seguida, a cada um deles, o registro no diário de campo. Num constante movimento de idas e vindas aos seus domicílios, da mesma forma ocorreu com os seus familiares, ressalta-se, porém, que o número de familiares participantes é menor que dos idosos, devido a duas razões, uma das quais é que havia para cada casal de idoso apenas um familiar, e, ainda, não foi encontrado para uma idosa específica, um familiar ou outro membro que pudesse se inserir na pesquisa. Também foram efetivadas algumas entrevistas em reuniões semanais da USF, nos grupos de Idosos, festas, aniversários, na feira e na USF.

3.3. Aspectos éticos

Segundo Baztán (1995), o trabalho etnográfico deverá ser conduzido por um código ético, considerando que o pesquisador está interagindo com pessoas, adentrando em suas casas, conhecendo seu cotidiano, escutando e percebendo suas ações e seus sentimentos. Assim sendo, é de suma importância resguardar esse indivíduo de quaisquer situações que possam advir. Rowles citada por Menezes (1999, p.115) estuda os preceitos éticos relacionados com a pessoa idosa e aponta a necessidade de haver um cuidado especial ao lidar com as pessoas desta faixa etária, pois muitos deles podem acreditar que a pesquisa trará soluções para seus problemas. A linguagem deve ser de fácil acesso, o pesquisador deverá falar pausadamente, explicar quantas vezes for necessário, para que o idoso possa captar, da melhor forma possível, os objetivos da pesquisa, e, dessa forma garantir interação e confiabilidade entre pesquisador e pesquisado.

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos estabelecidos pelo MS, através da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 196, de 10 de outubro de 1996, norteadas pelo Código de Nuremberg de 1947 (BRASIL, 1997). Outrossim, o presente estudo foi encaminhado à Comissão de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o qual foi protocolado, recebendo o número de 188/05 (Anexo A). Previamente, encaminharam-se as solicitações de autorização (Apêndice C e D) para a pesquisa às três instâncias da SMS: Secretário; Gerente do Distrito Sanitário Oeste da região administrativa de saúde, no qual está inserida a USF II de Felipe Camarão; Gerente local da USF.

Após as aprovações, foi feito um contato com a USF, aproveitando uma reunião administrativa que se realiza semanalmente entre os profissionais de saúde, na qual foi explicado para os presentes, o trabalho, que ora se iniciava, e o caminho a ser percorrido.

Na ocasião, foi solicitada a cooperação de todos, para que, no período de três semanas, o idoso ou familiar deste procurasse a USF II de Felipe Camarão ou solicitação encaminhada pelos ACS, para o atendimento ou uma visita domiciliária, devendo ser encaminhado à pesquisadora; dessa maneira, a partir de então, aconteceria o primeiro contato com os sujeitos de pesquisa. Na ocasião se encontravam poucos agentes comunitários, havendo, posteriormente, outra reunião junto aos mesmos, estando presentes, nesse dia, a psicóloga e a assistente social além da referida pesquisadora. Naquele momento expôs-se da reunião, oportunidade em que foi, mais uma vez, solicitada a colaboração de todos para a pesquisa que se iniciava.

3.4. O encontro com idosos e seus familiares

3.4.1. 1º Momento – Contato inicial

O contato inicial com os idosos e a sua família_ participantes deste estudo_ ocorreu na própria USF, momento em que a houve a identificação da pesquisadora.

Durante três semanas consecutivas, no período de 27 de março a 10 de abril de 2006, em horários pré-estabelecidos, foram realizados os atendimentos, fato esse ocasionado em função da pesquisadora não dispor de todos os horários para a sua realização, o que levou ao estabelecimento de um pacto com a direção da USF Felipe Camarão II, para que fossem usados três turnos semanais, e um outro pacto foi em razão de o espaço físico ser inadequado, dispondo de poucos consultórios para o atendimento individual. Como consequência, os horários foram distribuídos nos dois turnos, em dias distintos, fixando-se a pesquisadora numa sala em que os idosos e/ou seus familiares seriam levados até lá. De início, algumas dificuldades foram identificadas relacionadas à demanda diária de atendimentos da USF, e, num primeiro instante os profissionais, acostumados às outras rotinas, esqueceram de encaminhá-los. Isto requereu nova tomada de posição, por parte da pesquisadora, que se dirigindo a todas as salas lembrou aos profissionais o pacto e a importância de ser iniciada a pesquisa. A partir de então, os encaminhamentos foram restabelecidos, levando ao sucesso da investigação.

Vale ressaltar que houve uma boa receptividade por parte dos idosos, porém alguns não sabiam o que estava acontecendo, já que haviam sido atendidos por um profissional (médico, enfermeira, diretora ou outros) e novamente eram encaminhados para, em outra sala, receber atendimento de novo profissional. A princípio ficaram curiosos, muitos contavam suas histórias e se dispuseram a colaborar de bom grado. Após identificação, exposição dos objetivos, foi marcada, posteriormente, uma visita ao seu domicílio.

No total foram contatados vinte e cinco idosos que iriam receber atendimento na USF por diferentes motivos, desde a consulta médica, informações para encaminhamentos (angiologista, reumatologista, neurologista, oftalmologia), autorizações de receitas para medicamentos de alto custo, curativos, além da vinda para os Grupos Operativos de Hipertensos e Diabéticos, como também para o Grupo de Idosos Padre João Maria que funciona às quintas-feiras, no galpão da USF, coordenado pela assistente social. Nesse primeiro contato, ainda na USF, não foi feito o convite para o mesmo participar.. Só após o segundo contato, em geral no domicílio, partiu-se para a investigação propriamente dita.

3.4.2. 2º Momento – Chegada ao campo

Iniciadas as visitas ao domicílio dos participantes deste estudo, a pesquisadora e a bolsista de enfermagem, eram acompanhadas do ACS que prontamente aceitava o convite, sendo bastante solícito. Sempre era priorizado o melhor horário para ambos: ACS e idoso. Em geral, as mesmas se realizaram no horário da manhã, com exceção de umas duas, pelo fato de ser este o horário de maior disponibilidade dos agentes de saúde.

Sempre que se chegava ao domicílio procurava-se fazer o contato inicial da(s) ou do(s) idosos, a pesquisadora se reapresentava, mesmo que alguns já fossem conhecidos de Grupos operativos que freqüentavam a USF e outros faziam parte da área da abrangência da equipe da qual a pesquisadora trabalha. Tentou-se identificar os aspectos relacionados à: receptividade, disponibilidade e presteza para a entrevista. Era solicitada licença para entrar e todos se acomodavam, em geral na sala, e essa facilidade, acredita-se, era consequência do contato anterior, quando do atendimento na USF. Não havia um tempo pré-estabelecido para a sua realização, contudo, se percebesse estar incomodando por algo, encerrava-se a entrevista naquele momento nesse e se remarcava a volta para outra data. A opção pela realização no domicílio foi em razão de tornar a entrevista o mais natural possível, portanto, uma conversa agradável e amistosa. As questões eram colocadas de forma gradativa, explicadas o e,

algumas vezes necessitavam ser repetida, divulgando os passos da pesquisa, quais sejam: os objetivos, justificativa, procedimentos, garantia do anonimato, confiabilidade dos dados, e a opção de desistir de colaborar, caso algo ocorresse.

Todas estas informações, contidas no Termo Livre e Esclarecido (Apêndice E) foram repassadas para os idosos e seus familiares no início, propriamente, da pesquisa, em seus domicílios, quando esse Termo foi pausadamente lido e repetido (para não haver dúvidas), haja vista as dificuldades existentes entre idosos, com relação à audição ou mesmo à compreensão do termo.

Em seguida, foi solicitada a assinatura de cada um, e, na sua impossibilidade, a impressão digital. Dos 14 idosos participantes, que de forma voluntária aceitaram tomar parte neste estudo, seis não tinham escolaridade, dois sabiam ler e escrever, e quatro estudaram até a 4ª série do 1º grau, do ensino fundamental, e apenas dois estudaram até a 5ª série do mesmo ensino. Em se tratando dos familiares, há um aumento da escolaridade, chegando até o 2º grau, considerando a atual melhoria de oferta na área de educação, na região, o que possibilita mais acesso à educação formal; mesmo assim, dois familiares não sabiam ler e escrever.

Dessa forma, alguns critérios de inclusão pelos idosos foram pré-estabelecidos: pessoas com idade igual ou maior que 60 anos; residir no bairro de Felipe Camarão na área adstrita do da USF Felipe Camarão II; aceitar voluntariamente participar do estudo, bem como permissão para a gravação das entrevistas e, se necessário, tirar fotografias; e, não apresentar alguma doença crônica que, de alguma forma, influencie em suas condições de saúde e dificulte os procedimentos de visitas e entrevista necessários.

À medida que se ia às áreas, novas demandas foram surgindo, algum idoso ou familiar. Assim, na maioria das vezes, a própria pesquisadora, procurava atendê-los, indo a esses domicílios, vendo as possibilidades de que eles permanecessem ou não na pesquisa e encaminhando-os caso necessário, à equipe responsável da USF.

Desta maneira, foram visitados trinta domicílios de idosos, uns residindo com seus familiares, outros sozinhos. Quando da impossibilidade de falar pessoalmente, dirigia-se com o mesmo me dirigia ao seu familiar, pois em alguns casos, encontrou-se dificuldades de se estabelecer um melhor contato, especialmente quando o mesmo era portador de demências, surdez, maus-tratos, sem a presença do cuidador familiar, ou idoso sem condição alguma cuidando do outro idoso acamado e de uma pobreza extrema.

Mantendo e seguindo as normas da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) sobre a utilização de seres humanos em pesquisa, para manter o anonimato e preservar o sigilo das identidades dos idosos e familiares, foram utilizados pseudônimos originários de danças

folclóricas do Rio Grande do Norte, como também foram homenageados duas figuras relevantes da cultura popular do nosso Estado e moradores do bairro de Felipe Camarão: Chico Daniel e o Mestre Manoel Marinheiro (in memoriam.). Este recebeu em 2003 o título de Patrimônio Imaterial do Brasil, concedido pelo Ministério da Cultura, também vários idosos participantes de grupos culturais, nascidos no bairro de Felipe Camarão, apresentam tendência para a cultura popular, e, como cita Alcântara (2000), ao referir-se ao bairro de Felipe Camarão, “Peixe-Boi teus pobres são tantos, mas não tens pobres em cultura, não tens pobres de espírito”.... E de acordo com Borba Filho, citado por Valente (2004, p.1), “é no teatro grego, na comédia italiana dell’arte, no teatro popular latino e na dramaturgia elisabetana que se encontram as raízes dos espetáculos populares do Nordeste”.

Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, sempre acompanhada pela ACS e, algumas vezes, por uma bolsista. Após autorização dos participantes, as falas foram gravadas em MP3⁷, transcritas e digitadas para a descrição dos contextos dos familiares e idosos, resultando na descrição final dos textos a serem analisados.

3.5. Procedimentos e análise dos resultados

Para a organização e tratamento dos resultados obtidos, partiu-se da “análise temática”. Na concepção de Bardin “fazer uma análise temática consiste em observar os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação, e cuja presença ou frequência de aparição poderão significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN,p.105).

Paralelamente a esse processo deu-se a exploração do material, através do software ALCESTE (Analyse Lexicale par Contexte d’un Ensemble de Segments de Texte), para o tratamento analítico dos dados, um programa introduzido no Brasil em 1998, que possibilita uma análise de classificação hierárquica descendente como também permite uma análise lexicográfica do material textual, que vem sendo bastante utilizada na análise dos resultados das pesquisas qualitativas e vem dando certo.

Este programa parte do suposto de que a análise das sucessões de palavras principais (ou funcionais tais como: verbo, substantivo, adjetivos, advérbios) em um conjunto

⁷ O MP3, é uma abreviação de MPEG Audio Layer-3. O "layer" poderia ser definido como o nível da evolução do esquema de codificação de áudio (*codec*): quanto maior, mais recente, e /onsequente redução da dimensão dos arquivos de som, mantendo ou melhorando a qualidade de áudio. Assim sendo, MP3 é a mesma coisa que MPEG-3, o MP3 faz parte do padrão MPEG (tanto MPEG-1 quanto MPEG-2) assim como MP1 e MP2.

de enunciados permitirá diferenciar globalmente os “lugares de enunciação” ou mundos lexicais mais significativos do discurso.

Tecnicamente os mundos lexicais são um conjunto de palavras principais que têm uma organização habitual (repetitiva) no discurso e que se referem a algo similar. O objetivo do *Alceste* é precisamente pôr em evidência os mundos lexicais mais freqüentes que compõem o discurso, através das distribuições estatísticas das palavras mais freqüentes que compõem o discurso.

3.5.1. Etapas de funcionamento do ALCESTE

O conjunto de cálculos que realiza o programa se desenvolve da seguinte maneira: o programa ALCESTE toma como base um único arquivo ou unidades de contexto inicial (UCI) proposto por Reinert (1990). A definição destas unidades é feita pelo pesquisador e depende da natureza da pesquisa. Caso a análise diga respeito às respostas de “n” participantes a uma questão aberta, cada resposta será uma UCI e ter-se-á “n” unidades de contexto iniciais (UCIs⁸). Se a análise vai ser aplicada a um conjunto de entrevistas, cada uma delas será uma UCI, conforme usado nesta pesquisa.

Um conjunto de unidades de contextos iniciais (UCIs) forma um corpus de análise, constituído num conjunto lexical centrado em um tema. No caso deste estudo, dois temas constituíram dois *corpus*, a seguir: Família e idosos e O idoso e a velhice na sociedade.

Depois de definidas as UCIs que formaram cada corpus, o programa divide esses corpus em segmentos de textos, ou seja, nas unidades de contexto elementar (UCEs⁹).

3.5.2. Interpretação e análise dos resultados

O *corpus*¹⁰ sobre o qual incidiu este conjunto de procedimentos analíticos compreendeu 77 unidades de contexto inicial (UCIs, na Etapa A1). Nessa primeira etapa do tratamento do material pelo ALCESTE, verificou-se que o corpus, constituído por 77 unidades de contextos iniciais (UCIs), continha 780 palavras (Etapa A2). As UCIs foram, em

⁸ UCI's - a definição é feita pelo pesquisador e depende da natureza da pesquisa. Neste caso a análise foi aplicada as entrevistas semi-estruturadas.

⁹ UCE's - unidades de contexto elementar- divisão do corpus em segmentos de texto

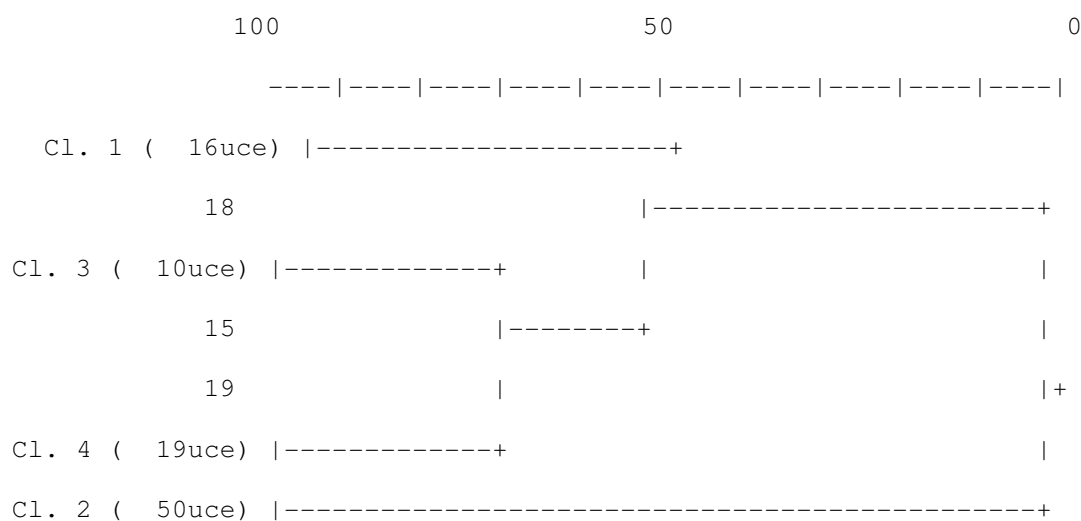
¹⁰ Corpus - conjunto de unidade de contextos iniciais (UCI's), constituído num conjunto lexical centrado em um tema.

seguida, divididas em 95 segmentos de textos, denominadas unidades de contexto elementar (UCEs). Foram descartadas pelo próprio programa as palavras com frequência igual ou inferior a 3. Em seguida, considerando-se as formas reduzidas, as palavras passaram a representar um total de 2768 (Etapa A 3.4) palavras ou formas, das quais 1450 foram consideradas analisáveis e 552 instrumentais.

A análise hierárquica, realizada em seguida, reteve 95 (na Etapa C1), de 133 unidades de contextos elementares presentes no corpus, ou seja, foram consideradas, para esse fim, 72,42% das UCEs existentes, originando quatro classes*¹¹ de segmentos (UCEs) de textos diferentes entre si.

Das UCEs assim consideradas, 16 (16,84% do total das UCEs do corpus analisado) caracterizam a primeira classe, 50 (52,63%) a segunda, 10 (10,53%) a terceira, 19 (20%) a quarta. No caso desta análise, todas as classes mantêm entre si certo grau de articulação, conforme demonstra o Gráfico 1, apresentado na forma de dendograma.

Gráfico 1: Classificação Hierárquica Descendente: Dendograma das classes estáveis.



O Gráfico 1 apresenta a análise hierárquica descendente (na Etapa C1), que tem como base a classificação das UCEs segundo a semelhança dos seus respectivos vocabulários

¹¹ Uma classe, segundo metodologia proposta no Alceste, compreende um tema, considerando-se, este, como conjunto coerente e articulado e se distingue pela especificidade de sua construção. Uma classe abarca, portanto, muitas UCEs. Esta classificação é fundamental à análise, pois é a partir das classes constituídas por seu vocabulário que se apóia a interpretação (REINET,1990).

(Reinert, 1990). Numa escala de 0 a 100, pode ser visualizada a porcentagem de contribuição de cada classe na ramificação do conjunto, o qual lê-se da direita para a esquerda.

Com esta classificação o programa apresenta uma lista de formas reduzidas (ou radicais) das palavras associadas significativamente ao conteúdo analisado. Para isso, utiliza dois critérios simultâneos: palavras com frequência acima de 4 (valor obtido na Etapa A2) e o valor de qui-quadrado (Qui^2) acima de 3,84 (valor atribuído pelo programa), sobre os quais foram tecidas as discussões deste estudo. O cálculo deste teste estatístico é feito com base em uma tabela com grau de liberdade igual a 1. Esta operação (na Etapa C2) fornece uma descrição em nível das palavras, das noções contempladas pela significação. Para compreender o conteúdo deste teste, é necessário situar seus principais elementos (palavras) nas UCEs associadas significativamente às classes.

CLASSE 1: A família e as relações com os idosos

QUADRO I – Palavras associadas significativamente à classe 1.

Identificação dos radicais	Frequência	% na classe	Qui^2
irmã	6	83.33	20,22
Mãe+	5	55.56	10.64
meu	3	60.00	7.02
minha	7	70.00	22.55
preocup+	4	80.00	15,03
todo	7	57.14	8.76

Conforme resultados da quadro I, de UCEs que compõem esta classe (16, ou seja, 16.84% do total das UCEs classificadas), obteve-se um número de palavras analisadas por UCE de 7.81. Esta classe organiza-se em torno de três elementos, “irmã”, “mãe” e “preocupação”, palavras que caracterizam o conteúdo do corpus Família e idosos.

CLASSE 3 – Familiar como cuidador**QUADRO II - Palavras associadas significativamente à classe 3.**

Identificação dos radicais	Frequência	% na classe	Qui²
Ele+	5	38.46	12.48
faço	4	100,00	35.49
Filha+	5	50,00	18,49
Filho+	7	50.00	27.17
liga	5	83.33	36.05
não	8	21.05	7.45
só	4	30.77	6.55
vem	4	66.67	21.43

Número de UCEs: 10, ou seja, 10.53%

Número de palavras analisadas por UCE: 12.20

No quadro II, aparece vizinha a classe precedente (ver Dendograma da CHD), a maior parte das UCEs da classe 3 foram produzidas pelo familiar 5. Três palavras se destacam nesta classe: “filha”, “não”, “filho” e “só”, além do verbo “faço”, indicam a compreensão que alguns idosos são cuidados por seus familiares e outros se cuidam sozinhos.

CLASSE 4 : Rede de apoio e serviços de atenção em saúde**QUADRO III: Palavras associadas significativamente à classe 4.**

Identificação dos radicais	Frequência	% na classe	Qui²
Agente	5	55.56	7.86
ela	9	36.00	5.43
gosta	5	100.00	21.11
levo	3	75.00	7.89
médico	5	55.56	7.86

posto	5	55.56	7.86
quando	11	39.29	9.23
vai	7	58.33	12.61

Número de UCEs: 19. ou seja, 20.00%

Número de palavras analisadas por UCE: 10.0

Conforme a quadro III, e de conformidade com o dendograma da CHD, as UCEs organizam-se principalmente, em torno dos termos: “agente”, “médico”, “posto”, *ela*, além dos verbos “gosta” e “levo” indicam os prováveis encaminhamentos em que o familiar busca o profissional ou os serviços de saúde quando necessita levar a pessoa idosa.

CLASSE 2 : A Velhice sob o olhar da família

QUADRO IV: Palavras associadas significativamente à classe 2

Identificação dos radicais	Frequência	% na classe	Qui²
bem	5	100,00	4,75
bom	8	100,00	7,86
Criança+	5	100,00	4,75
difícil	7	87.50	4.26
faz	8	100.00	7.86
gente	11	91.67	8.39
Idoso+	7	100,00	6,80
Pessoa+	11	100,00	11,20
velho	9	100,00	8.95

Número de UCEs: 50, ou seja, 52.63%

Número de palavras analisadas por UCE: 9.46

O quadro IV, apresenta como resultado o número de UCEs que compõe esta classe (50 ou 52,63% do total das UCEs classificadas), ela está caracterizando, em maior proporção o conteúdo do corpus I familiar e idosos. Esta classe organiza-se em torno dos seguintes elementos: “criança”, “difícil”, “gente”, “idoso”, “pessoa”, “velho”.

Resultado do ALCESTE para o *corpus* II – O Idosos e a velhice na sociedade

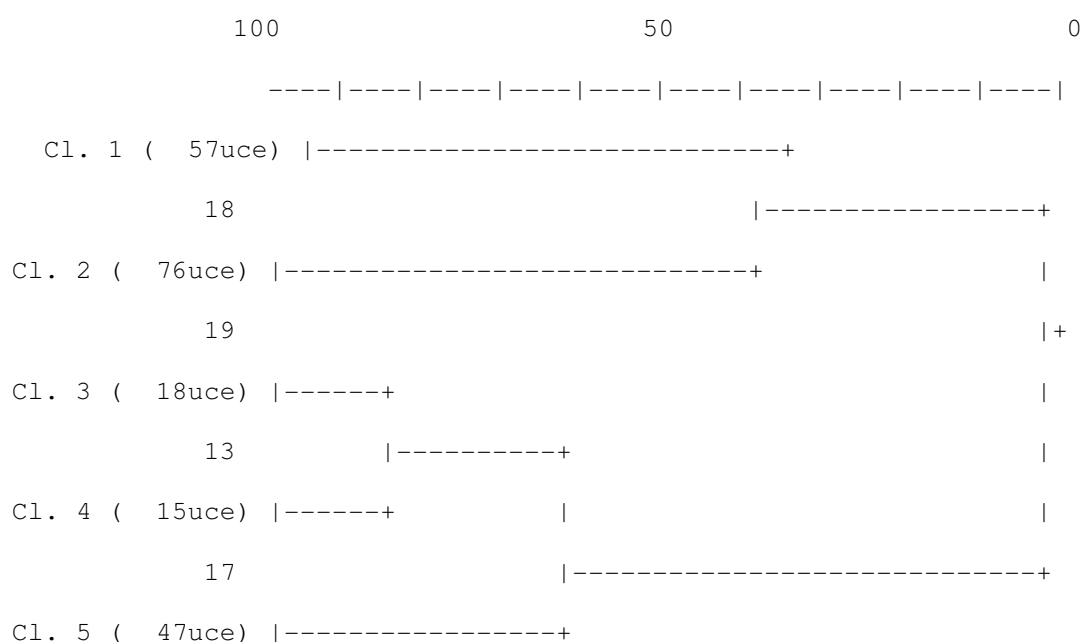
O corpus sobre o qual incidiu este conjunto de procedimentos analíticos compreendeu 154 unidades de contexto inicial (UCIs, na Etapa A1).

Na primeira etapa do tratamento do material pelo Alceste, verificou-se que o corpus, constituído por 154 unidades de contexto inicial (UCIs), continha 1387 palavras (Etapa A2). As UCIs foram, em seguida, divididas em 213 segmentos de textos, denominadas unidades de contexto elementar (UCEs). Foram descartadas pelo próprio programa as palavras com frequência igual ou inferior a 3. Em seguida, considerando-se as formas reduzidas, as palavras passaram a representar um total de 5670 (Etapa A3.4) palavras ou formas, das quais 3290 foram consideradas analisáveis e 1039 instrumentais.

A análise hierárquica, realizada em seguida, reteve 154 (na Etapa C1), de 283 unidades de contexto elementar presentes no corpus, ou seja, foram consideradas, para esse fim, 75,27% das UCEs existentes, originando cinco classes de segmentos (UCEs) de texto diferentes entre si. Das UCEs assim consideradas, 57 (26.76% do total das UCEs do corpus analisado) caracterizam a primeira classe, 76 (35.68%) a segunda, 18 (8.45%) a terceira, 15 (7.04%) a quarta, e 47(22.07%) a quinta.

Gráfico II: Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

Dendograma das Classes Estáveis.



Classe 1 – Vivenciando a velhice

QUADRO V – Palavras associadas significativamente à classe 1.

Identificação dos radicais	Frequência	% na classe	Qui²
Ano+	11	78.57	20.52
cabeça	6	75.00	9.87
comprar	3	75.00	4.84
Criança+	4	66.67	5.02
dinheiro	4	66.67	5.02
Ele+	10	50.00	6.08
esposa	3	100.00	8.33
Ess+	4	80.00	7.40
falta	13	92.86	33.40
mãe	5	62.50	5.42
melhorar	4	80.00	7.40
morava	6	75.00	9.87
Plano+	5	62.50	5.42
sinto	10	62.50	11.27
tinha	9	75.00	15.10

De acordo com os resultados apresentados na o quadro V, o número de UCEs que compõem esta classe é de 57 ou 26,76%, encontrou-se o número de palavras analisadas por UCE correspondeu a 11.12. Esta operação forneceu a descrição em nível de palavras, das noções contempladas pela significação. Esta classe organiza-se em torno dos seguintes elementos: *criança, ano, dinheiro, esposa, mãe, plano, ele.*

Classe 2 – A velhice sob a ótica do idoso

QUADRO VI: Palavras associadas significativamente à classe 2.

Identificação dos radicais	Frequência	% na classe	Qui ²
agora	5	83.33	6.11
alegre	4	80.00	4.38
Boa+	8	80.00	8.98
Coisa+	7	77.78	7.26
comigo	4	80.00	4.38
conformar	5	100.00	9.23
Deu+	19	76.00	20.06
feliz	6	85.71	7.90
graças	4	80.00	4.38
mundo	4	80.00	4.38
nada	11	64.71	6.78
ninguém	7	87.50	9.73
tenho	27	51.92	7.91
trabalhar	4	100.00	7.35
Velh+	8	88.89	11.59
vivo	6	85.71	7.90

Número de UCEs: 76. ou seja, 35.68%

Número de palavras analisadas por UCE: 10.12

Conforme os resultados do quadroVI, esta classe se caracteriza em maior proporção dentro do Corpus II pois o número de UCEs corresponde a 76 ou 35.68% , é constituída dos elementos “velho” , “vivo”, “mundo”,”boa” , “alegre”, “Deus” , “trabalhar”, “feliz”, “ninguém” e “conformar”. Estes elementos foram utilizados nas respostas que relacionam como o idoso percebe a velhice.

Classe 3 : Enfrentando a doença**QUADRO VII – Palavras associadas significativamente à classe 3.**

Identificação dos radicais	Frequência	% na classe	Qui²
alta	5	71.43	37.11
antes	3	60.00	17.59
Cha+	3	50.00	13.78
comprimido	4	100.00	44.16
diabetes	2	66.67	13.33
Dia+	6	37.50	18.87
doente	4	66.67	27.05
faz	4	36.36	11.68
Medico+	4	28.57	7.84
pressão	7	70.00	51.38
estou	4	22.22	4.82

Número de UCEs: 18. ou seja, 8.45%

Número de palavras analisadas por UCE: 12.72

Conforme o quadro VII, as principais palavras que indicam a relação do idoso e o enfrentamento com as doenças são: “pressão”, “doente”, “comprimido”, “alta”, “diabetes”, “chá+”, “medico+”, “dia+”, “doente”.

Classe 4: O cotidiano do idoso

QUADRO VIII – Palavras associadas significativamente à classe 4.

Identificação dos radicais	Frequência	% na classe	Qui²
Problem+	3	21.43	4.74
fico	5	38.46	20.88
Filho+	8	40.00	36.62
marido	5	35.71	18.82
meu	4	66.67	16.52
quando	11	39.29	9.23
saio	5	83.33	54.89
são	3	50.00	17.40
só	5	23.81	10.01

Número de UCEs: 15. ou seja, 7.04%

Número de palavras analisadas por UCE: 11.07

De acordo com o quadro VIII e segundo o dendograma, os elementos mais significativos nesta classe relacionada com o cotidiano dos idosos são: “problem+”, “filho+”, “marido”, “só”. Os verbos também se apresentam bastante elucidativos, dentre os quais *saio e fico*.

Classe 5: O idoso e os serviços de saúde

QUADRO IX: Palavras associadas significativamente à classe 5.

Identificação dos radicais	Frequência	% na classe	Qui ²
agente	9	66.67	7.14
atendido	3	75.00	6.64
atendimento	6	100.00	21.81
cidade	3	75.00	6.64
Dificuldade+	5	100.00	18.08
dr	3	75.00	6.64
dra	3	100.00	10.75
Filha+	9	50.00	8.92
ir	6	75.00	13.54
Medico+	9	64.29	15.53
Menina+	5	83.33	13.48
Minha+	14	35.00	4.79
posto	16	88.89	51.05
procuro	6	100.00	21.81
pronto	5	100.00	18.08
socorro	5	100.00	18.08
sozinha	9	75.00	20.72
tambem	6	75.00	13.54
vejo	5	62.50	7.90
vou	20	57.14	29.97

Número de UCEs: 47 ou seja, 22.07%

Número de palavras analisadas por UCE: 10.64

Segundo o quadro IX, a ida dos idosos aos serviços de saúde pode acontecer por diversos motivos, como indicam as palavras significativas encontradas na classe 5, e que direcionaram a análise desta classe. Portanto, são estes os elementos: “posto”, “sozinha”, “atendimento”, “socorro”, “medico+”, “agente”, “dr”, “dra”, além dos verbos que também foram importantes nesta classe, *vou e procuro*.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Saiu o semeador a semear
Semeou o dia todo
e a noite o apanhou ainda
com as mãos cheias de sementes.

Ele semeava tranquilo
sem pensar na colheita
porque muito tinha colhido
do que outros semearam...

Cora Coralina

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Os idosos e o seu contexto familiar

Somos muitos Severinos, Iguais em tudo e na sina: a de abrandar estas pedras, suando-se muito em cima, a de tentar despertar terra sempre mais extinta, a de querer arrancar alguns roçados da cinza. Mas, para que me conheçam melhor, vossas Senhorias, e melhor possam seguir a história de minha vida, passo a ser o Severino que em vossa presença emigra.

João Cabral de Melo Neto (poeta, escritor da obra *Morte e Vida Severina*).

Realizado entre março a outubro de 2007, este estudo incluiu a participação de um grupo de idosos e familiares moradores da área de abrangência da USF Felipe Camarão II, formado por mulheres e homens, cuja idade variava entre 61 a 84 anos. Destes, sete são casados, 06 viúvos e apenas 01 era solteira. Desse grupo, apesar de já trabalhar na área há quase 8 anos, a maioria não era do convívio diário da pesquisadora tendo um conhecimento prévio apenas 3 idosas e dois familiares. Todos residem no bairro de Felipe Camarão, com tempo de moradia entre 01 a 30 anos; sendo que quase todos são procedentes da zona rural, exceto uma idosa que havia nascido em Natal. Quase todos residem em casa própria sendo que, oito deles habitam a área mais central do bairro e outros quatro a área correspondente a Favela do Fio e apenas dois idosos pagam aluguel. Observa-se ainda que a maioria são residências pequenas, com poucos cômodos, tendo muitas vezes de improvisá-los à noite, fazendo uso da cozinha ou da sala de estar para dormir. A maioria das residências visitadas são de aparência muito simples, o que retrata as características existentes no bairro.

Boa parte destes idosos apresentam uma renda proveniente de aposentadorias e pensões, todos na faixa de um salário-mínimo mensal, exceto três idosos, cujos rendimentos ultrapassavam esse valor, chegando a dois salários-mínimos; uma idosa recebe a pensão do marido que havia sido motorista no Sudeste do país, e um casal de aposentados. Para aumentar a renda familiar, 03 dos idosos trabalham em pequenos serviços informais: um conserta pneus de carro-de-mão, outra lava roupas, e, uma última, restaura bonecas de plástico.

Por sua vez, os familiares da pesquisa num total de 11, com faixas etárias entre 19 e

53 anos, compreendiam filhos, netos, sobrinha e marido; destes, seis moravam com os idosos. E observando à questão trabalho e renda destes, sete são desempregados e apenas quatro trabalham nos seguintes setores: diarista, artesã, empregada doméstica e um realizando biscates (trabalho informal). A seguir apresentamos um texto sobre descrição dos contextos familiares dos idosos e da sua família. Lembrando, que todos receberam pseudônimos de danças folclóricas e seus personagens da cultura do Rio Grande do Norte.

DIANA

Tem 70 anos, é do sexo feminino e nasceu na cidade de Natal, Capital do Rio Grande do Norte (RN). Estudou até a 5ª série do ensino fundamental, é católica e ficou viúva há quarenta e cinco anos; o esposo era alcoolista e morreu logo cedo, deixando os filhos ainda menores. Branca, de pele enrugada, porte forte, demonstrando as mãos calejadas de servente de pedreiro de mais de 30 anos, edificando as tantas casas vendidas por seus patrões o que faz lembrar a composição de Lúcio Barbosa que tão bem retrata realidade de alguns brasileiros: (...) “tá vendo aquele edifício moço eu também trabalhei lá, porém hoje eu não posso entrar.” Cinco filhos, destes, dois são alcoolistas, desempregados e com mais de 40 anos, fator de preocupação e de tristeza que a deixa nervosa, pois quando estão embriagados, às vezes são agressivos, o que a faz adoecer. Estes moram com ela, além da filha que cuida de um idoso (remunerada) e a neta de sete anos. Os outros filhos são casados e residem com seus familiares. Está aposentada com renda mensal de um salário-mínimo que garante o sustento da família.

Acometida de constipação crônica tem realizados diversos exames e ido a médica na USF e alguns especialistas (gastroenterologista, proctologista), porém, ainda não tem um diagnóstico definitivo. Portadora de hipertensão arterial, faz uso de antihipertensivos e refere ser alérgica e nervosa. Frequentemente faz uso de psicofármacos emprestado de um vizinho.

Residem na Favela do Fio, em casa própria, com três ambientes (sala, quarto e cozinha), de chão cimentado e um pequeno jardim, o qual rega cuidadosamente. É moradora do bairro há mais de vinte anos.

No ambiente em que ocorreram os encontros e conversas havia diversos móveis, um sofá cinza e surrado, uma cama de solteiro (um dos filhos dormia no local), um balcão e mesa de fórmica com quatro cadeiras, uma estante de madeira escura, onde estavam vários objetos, desde uma televisão de 14 polegadas, bibelôs, telefone e um som, e, completando o cenário,

flores plásticas empoeiradas; também nas paredes azuis, fotos da família e de imagens de santos.

Ao se referir às suas perspectivas de vida, comenta,. “Falta a tranqüilidade que eu não tenho, e não é nem pelo bocado..., pois Jesus é muito bom com o que ele me dá” (...). Todos os afazeres domésticos são realizados por ela, desde varrer casa, cozinhar, fazer as compras, levar e trazer diariamente a neta do colégio, a pé, percorrendo uma distância de 2 Km até o bairro vizinho de Cidade Nova. E desabafa: “tudo é eu, se é prá resolver o problema sou eu, se prá comprar sou eu”. Quando perguntada sobre o lazer, responde: “Saio assim..., vou para casa dos meus filhos. Quando meu irmão era vivo, morava no Bairro de Panatis, ia muito lá....no Ano Novo fui para casa dos meus tios que moram na Zona Norte”.

Dos cinco filhos, Diana mora com a filha Rosa, de 42 anos, é doméstica, solteira e sem instrução¹², mãe de nove filhos, mas cria apenas uma, o restante dos filhos ficaram com o pai no interior. Anteriormente, morou na área de abrangência da equipe 07 da USF. Parece sempre agitada, freqüentemente estavam juntas, mãe e filha, quando iam ao posto.

Ao ser perguntada sobre a convivência com o idoso, a mesma respondeu que a relação era boa e que morar com a mãe é sempre bom, reclamou dos irmãos alcoolistas que as deixavam perturbadas. Refere que apenas ela se preocupa com a mãe, pois os demais irmãos raramente estão presentes, inclusive, uma irmã que é casada, mora próximo, porém não estabelece um maior vínculo com a família. Quando percebe que a mãe está nervosa, inquieta, a leva para passear, visitar algum parente, e, se por acaso, estiver com algum problema de saúde, a leva ao médico da USF. Durante as datas festivas (Natal, Ano Novo) a leva para a casa de tios que moram na zona norte, refere que a mãe gosta muito, é um momento de descontração junto a outros familiares diferentes do convívio dos irmãos alcoolistas. Falava continuamente, na primeira entrevista saiu apressadamente, pois na ocasião, estava trabalhando na casa de um idoso que havia ficado viúvo.

A sua opinião sobre velhice, é de que é maravilhoso ser velho e que se a desprezarem, ela estará preparada. Durante os contatos vivenciados com as duas, nas visitas no domicílio ou mesmo nos corredores da USF, observou-se que o relacionamento entre a mãe e a filha se passa mais pela necessidade de apoio mútuo entre ambas, do que propriamente pelo fato de haver um vínculo forte de afetividade.

¹² Sem instrução e menos de 1 ano de estudo - para a pessoa que nunca freqüentou a escola ou, embora tenha freqüentado, não concluiu pelo menos a 1ª série do ensino fundamental, 1º grau ou elementar. Utilizou-se o critério do IBGE,(2000) para designar o grau de escolaridade.

FLORISTA

Tem 71 anos, do sexo feminino, é viúva há nove anos, nasceu na cidade de Açu, mesorregião do Oeste Potiguar (Rio Grande do Norte), estudou até a 4ª série do ensino fundamental, católica praticante e freqüenta os grupos da Igreja Legião de Maria. Não teve filhos, reside em casa alugada com uma sobrinha também viúva e mãe de dois filhos menores.

Única filha dos oito irmãos a sair do interior para a cidade de São Paulo em busca de dias melhores. Não gostava de trabalhar na agricultura. Comenta: “acho que é o destino. Quando nasce o destino tá traçado”. Sua história se assemelha a de milhares de nordestinos que se aventuraram em busca de trabalho, indo para o Sul e Sudeste e se transformaram em operários, principalmente da construção civil, nos grandes centros urbanos do país. O seu ofício foi de costureira, trabalhando nas indústrias de São Paulo. Permaneceu, durante trinta anos em São Paulo, vindo para Natal após a morte do esposo, que era caminhoneiro e, segundo ela, “muito mulherengo quando eu o conheci”. Recebe dois salários-mínimos da pensão deixada pelo marido, sustentando a si, a sobrinha e os seus dois filhos.

O conhecimento com Florista ocorreu no Grupo de vivências para idosos, coordenado por profissionais de saúde da USF e do qual a pesquisadora faz parte. O que chamou a atenção foi o seu sobrenome, de origem italiana, herdado do marido, e do seu porte elegante, algo que a diferenciava das demais idosas participantes do grupo. Sua fala mansa, com um leve sotaque, gentil, de um sorriso largo, conquistava a todos. A primeira conversa antes do início da investigação, propriamente dita, se deu numa primeira visita informal, no amplo quintal da sua casa, um quintal sem muros, onde todos podem transitar sem medo e sem amarras. Florista mora numa casa alugada de uma das suas melhores amigas, e todos dividem com respeito o mesmo espaço. Um lanche foi oferecido, tanto por Florista como por sua vizinha. Esta visita foi acompanhada pela agente de saúde, uma pessoa por quem Florista tem grande carinho e confiança. O grupo sentou-se embaixo de uma árvore frondosa e passou a manhã conversando. Nos encontros subseqüentes, quando do início da investigação, as entrevistas foram realizadas no mais democrático espaço da casa, o quintal. Além das pessoas, havia a presença de vários animais (galinha, patos, e cães).

A casa bem estruturada e arrumada, apesar de pequena, conta com dois quartos, duas salas, cozinha, banheiro, área e um pequeno jardim, além de muro branco com detalhes rosa. Destacava-se, na pequena sala, um quadro na parede do dia do casamento de Florista; ela, de branco, cabelos ainda pretos, o mesmo sorriso amigo; ele, de terno cinza, alto, magro,

com olhos azuis verdejantes. Ambos demonstravam felicidade, meio encolhidos dentro de um carro (aparentemente um fusca).

Quando indagada sobre seus planos de vida, respondeu: “Mulher, eu tenho mais planos com essa idade?” Todavia, revela que o seu maior desejo é que a sobrinha encontre um companheiro, já que ela é muito nova e tem que criar os dois filhos. Além deste segredo, pretende comprar um fogão e consertar a geladeira.

Gosta muito de ajudar as pessoas. Quando morava em São Paulo, amparou muita gente, principalmente aqueles que batiam à sua porta, pedindo algo.

Sobre os seus momentos de alegria, refere que fica feliz quando todos estão bem e com saúde principalmente sua irmã (mora próximo a sua casa) e os seus amigos. Acrescenta: “Viver é a coisa melhor que tem. Só gosto de coisa boa, alegre. Não gosto de ver ninguém triste.”

Recentemente, Florista passou por um período crítico, onde apresentou tonturas, emagrecimento, tristeza, devido à alteração das dosagens bioquímicas de triglicérides e colesterol, levando-a a períodos depressivos, deixando sua família bastante preocupada, já que costumeiramente ela é bastante alegre, vaidosa e está sempre de bom humor.

No dia de seu aniversário, aconteceu um almoço surpresa, combinado anteriormente com a agente de saúde e sua sobrinha, juntamente com as suas amigas, vizinhas e a pesquisadora. A sua reação foi de felicidade quando viu todos para comemorar seu aniversário. Foram tiradas fotos, e as conversas giraram sobre os mais variados assuntos. Foi servida uma galinha deliciosa preparada pelas suas duas sobrinhas. Foi um dia especial para Florista; estava solta, sorridente, desejando beber vinho para brindar a vida.

A sobrinha de Florista, Bandeirinhas, concluiu o 2º grau, ficou viúva há mais ou menos um ano, com dois filhos menores. Apesar de ter uma casa em outro bairro, sente dificuldades em permanecer lá por falta de infra-estrutura do bairro, preferindo morar com sua tia. Bandeirinhas parece uma pessoa calma, tímida, cuidadosa com a tia e com os afazeres domésticos. Atualmente encontra-se desempregada, mas já trabalhou como professora em escolinhas do bairro. Percebe-se haver uma relação de compreensão e respeito entre as duas. Ao se referir à convivência com a pessoa idosa, afirma que é bom, porém com muita teimosia por parte do idoso, acha que Florista não se cuida o suficiente, principalmente quando não se alimenta ao ficar doente. Procura a agente de saúde, em primeiro plano no caso de doença de Florista, solicitando visita domiciliária e quando a mesma melhora, a leva para realizar exames laboratoriais e consulta na USF.

Bandeirinhas ainda refere que toda a família (irmã, sobrinhos) se preocupa com o

bem-estar de Florista, mesmo aqueles que trabalham sempre vão a sua casa saber notícias e demonstram carinho e zelo por ela. Expõe que a mesma não gosta de se consultar, faz de tudo para não ingerir medicamentos, apesar de que, de vez em quando, compra remédios a vendedores ambulantes, aqueles que vendem “receitas milagrosas” para combater os diversos males que atingem o corpo.

Quanto à participação de Florista nos eventos familiares, Bandeirinhas refere que ela está presente em todos os acontecimentos, seja Natal, Ano Novo, aniversários, etc. Ao ser indagada sobre a velhice, Bandeirinhas respondeu que é “sinal que viveu bem. Tem velho sadio, depende de cada um”.

Nos contatos vivenciados com a idosa e a sua sobrinha, percebe-se uma relação familiar harmônica, baseada no respeito e nos cuidados da sobrinha para com a saúde da tia.

ANJO

Tem 84 anos, nasceu na praia de Maracajaú, distrito de Touros, município do Rio Grande do Norte, cidade litorânea que fica a 100 km da Capital. O pai nunca o levou à escola, aprendeu a ler sozinho, através e principalmente dos ensinamentos da Bíblia. Trabalhou como portuário no cais da cidade de Natal/RN durante mais de trinta anos. Refere ter sido uma época muito farta; levava bastante alimento para casa, vindo dos navios, e como sempre gostou de ajudar as pessoas, dava comida àqueles que iam famintos à sua porta.

Casado pela quarta vez, sobre este assunto revela que as suas primeiras mulheres lhe traíram e que, em uma das ocasiões, quase que havia uma tragédia, já que estava portando uma arma de fogo e flagrou a mulher com o amante numa rua do bairro em que morava; porém se conteve, e achou por bem não realizar o ato. A última esposa é uma prima que se encontrava separada do marido, tendo vinte e dois anos a mais do que ela, com uma convivência há trinta anos, numa relação de muito carinho e respeito mútuo. Pai de cinco filhos, porém todos morreram ainda crianças, não se sabendo a causa, supõe ter sido da desnutrição, pois eram muito pobres, com alimentação precária. Somando a isto, a inabilidade de saber distinguir os sinais e sintomas de perigo em crianças, como também a inexistência de um serviço de saúde, já que morava na praia, longe do espaço urbano.

Aposentado, com renda mensal de um salário-mínimo, com o qual sustenta a família, junto à enteada, que é diarista, e a esposa, que ajuda com lavagem de roupas.

A casa em que mora é alugada, com cinco cômodos, piso de cimento de pintura

vermelha, poucos móveis, destacando-se os quadros de santos na parede. Comprou uma casa no bairro Vale Dourado, na Zona Norte (região administrativa da cidade), porém pretende trocar por outra no bairro de Felipe Camarão, onde mora atualmente. Reside com a companheira, a enteada e seus dois filhos.

Bastante religioso, relata “conversar com árvores, ouvir vozes, ver pessoas e anjos, prever o tempo. Algumas pessoas o chamam de santo, já sonhou que era santo”.

Contador de histórias bíblicas, a cada momento relata aquelas retiradas do “livro Amarelo”. Este é guardado a sete chaves pela sua esposa. Várias pessoas o pedem emprestado, e possui-lo é o seu maior orgulho. Solicitado para mostrar o famoso livro, sua esposa foi buscá-lo, no qual, além das histórias do velho testamento, havia relatos da sua própria história, com datas importantes na vida da família. Seu nome estava escrito em várias páginas, como se quisesse afirmar que sabe escrever num tão valoroso e sábio livro. Relata premonições através dos sonhos e, algumas vezes, amanhece chorando de felicidade. Em outras ocasiões, chora escondido para sua esposa não ver e ficar preocupada. E acrescenta... “eu penso demais ao me deitar, todo mundo dormindo eu fico acordado, pensando, se minha mulher morrer o que será de mim, não tenho pai, não tenho irmãos...”

Apesar da idade, seu corpo reflete todo o vigor e a força do seu trabalho. Indagado sobre os planos para o futuro: refere “quero mais um dinheirinho, para fechar a transação da casa”. Não tem lazer, a família não permite que ele saia só, devido à artrose moderada nos membros inferiores, principalmente no joelho. Confessa: “quando quero sair, não querem que eu saia. Tenho vontade. Fico sentado na calçada, chega gente pra conversar comigo”... e, entoando uma canção... “e aí vou levando a vida do jeito que a vida quer”. Ao perguntar sobre a sua satisfação com a vida, calmamente responde: “Tô, não vou pedir e desejar nada. Eu vou viver até quando Papai do Céu quiser”.

Chegança¹³ é enteada do Anjo e filha do primeiro casamento de Araruna; trabalha como diarista, seu ganho é de meio salário-mínimo. Estudou até a 7ª série do ensino fundamental, com dois filhos, é solteira, tem um namorado há algum tempo. Bastante simpática e sensata, recebeu a pesquisadora calorosamente num domingo pela manhã, único dia que não trabalha. Após a identificação foi iniciada a entrevista; ela não quis sentar, pois estava bastante atarefada com os afazeres domésticos e, portanto, achou melhor permanecer em pé. Sobre sua convivência com duas pessoas idosas, uma de 62 e outra de 84 anos, afirma que é de respeito, é boa e que adoraria chegar a essa idade. Relata ser ela quem

¹³ Chegança, é filha de um casal de idosos pesquisados, constará na descrição etnográfica apenas uma vez, porém entendendo que a sua fala é direcionada para ambos.

procura ajuda quando um ou outro está doente, fazendo o melhor que pode para satisfazer a ambos, dividindo-se entre filhos, os pais e o namorado.

Tem um irmão que mora no bairro da Redinha, porém renega a mãe, fato este, que faz sua mãe entristecer-se. Além dela, tem sua filha adolescente e sua mãe para cuidar do Anjo, caso ele venha a adoecer. Refere que os leva a um serviço de saúde, dependendo do estado em que se encontrem; se perceber que é algo grave, chama o Serviço Municipal de Urgências (SAMU) para levá-los ao pronto-socorro de grande porte; em casos mais leves, os leva a Unidade Mista de Saúde (UMS), no próprio bairro e, por último, se perceber que não é urgência, agenda uma consulta na USF ou solicita à ACS uma visita domiciliar, como também lhes oferece chás.

Quando perguntada sobre a velhice, responde:

“Ser velho é voltar ao passado. É voltar a ser criança. A mente fica um pouco boba. Admiro muito a velhice. Tem muita gente que não tem paciência e coloca os idosos em asilos. Eu não quero isso pra mim nem pra ninguém. Não existe determinado tempo para idade, pra mim é uma só. Se não fosse por eles não estaria aqui. Espero chegar nessa idade e ver meus netos.”

Percebe-se claramente uma relação de respeito e carinho entre enteada e padrasto, como também entre mãe e filha.

Observando Chegança, ela parece uma pessoa batalhadora, ponderada, pois sempre lutou na vida para sustentar os filhos e ajudar os pais, nunca os abandonou e faz questão de permanecer com eles. Na história com a sua mãe, houve o fato de esta, ao se separar do seu pai, a levou com ela e, mesmo sabendo que iriam atravessar dificuldade, continuaram sempre juntas; por outro lado, Anjo, ao unir-se à sua mãe, deu-lhe todo o apoio de um pai, assumindo-a como filha, tanto no que concerne aos aspectos material e afetivo, e, posteriormente direcionou esse cuidado e ensinamento aos seus filhos, dando-lhes toda a assistência, criando-os como netos, havendo uma correlação de respeito mútuo.

ARARUNA

Tem 62 anos, nasceu na cidade de Natal/RN, casada pela segunda vez com Anjo, que é seu primo, teve dois filhos em seu primeiro casamento. Não tem instrução, é católica, empregada doméstica, atualmente faz lavagem de roupas (uma vez por semana). Começou a

trabalhar aos nove anos: “tive uma infância bastante pobre e difícil”, e confessa: “acho que o povo não me quer, porque estou velha”. Não é aposentada, ajuda como pode no sustento da família junto ao esposo e à filha.

Nela, percebe-se um olhar e ombros de uma mulher forte, trabalhadora, bastante receptiva; com um sorriso nos lábios, estava curiosa com a visita a sua casa, já que não se tratava da enfermeira responsável pela área da Equipe de Saúde, na qual reside. Com relação a sua saúde, refere ser portadora de *diabetes melitus*, fazendo uso de medicação diária, como também queixa-se de dor nos membros inferiores (MMII) e problemas intestinais. Apesar da idade, nunca fez exames de prevenção de citologia oncológica e de mama. Faz questão de mostrar os dedos retorcidos em consequência da artrose. Geralmente faz uso de chás de erva-doce e canela.

Quando foi visitada, fazia quatro dias que não ingeria a medicação para a diabetes, alegando sentir tremores. Ao ser indagada sobre os momentos alegres, relata: “alegria era quando eu tinha minha mãe” e acrescenta, desta vez falando do ex-marido: “o primeiro marido judiava comigo, me separei... peguei minha filha mais nova e fui trabalhar como empregada doméstica”. Dentre as suas tristezas, há o fato de ter sido desprezada pelo filho; no entanto, não quis entrar em detalhes. Sobre os planos para o futuro, revela: “o meu plano é deixar minha casa para minha filha. Quando Jesus me levar e de onde estiver verei que está tudo no lugar”.

PASTORIL

Tem 83 anos, nasceu na cidade de Nova Cruz, RN, mesorregião do Agreste Potiguar, sem instrução, relembra a frase do pai: “a escola é uma enxada”; católico, viúvo, casou-se por duas vezes, sendo pai de vinte e dois filhos. Trabalhou como pedreiro, vigia, servente e vaqueiro; é aposentado há dezoito anos, com renda mensal de um salário-mínimo, em que se resume sua renda mensal.

Mora numa pequena casa amarela, de quatro cômodos, na encosta do morro. Diz ter sido o primeiro morador do bairro de Felipe Camarão, no lugarejo antes denominado de Cidade Nova. Logo que chegou ao bairro, há trinta e nove anos, morava próximo à linha férrea, porém, por insistência da esposa, vendeu a casa e passou a construir esta na qual reside. Atualmente mora com um filho, desempregado, alcoolista, e este, para sobreviver,

vende pássaros. A casa vive repleta de gaiolas com passarinhos, desde a sala até a cozinha, inclusive no quarto em que dorme. Dentre alguns problemas de saúde, relatou que é portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), além de gastrite, artrose e asma, fator que o incomoda profundamente. Está sempre apresentando crises asmáticas, indo frequentemente ao Pronto Socorro (PS). É adepto do uso de plantas medicinais oriundas da cidade que nasceu, entre os quais casca de angico e camuru, bons para tratar gripe, segundo Pastoril. Este passou a apresentar crises asmáticas que na opinião dele seu início coincide após uma tentativa de roubo que sofreu quando vinha de um sítio localizado no Planalto (bairro próximo a Felipe Camarão). Relembra que ao chegar próximo a sua residência, haviam dois homens que o ameaçaram, tomaram sua espingarda e o machucaram; vizinhos o socorreram, porém desde então, há oito anos que não teve mais saúde, de acordo com suas afirmações. Seus momentos de alegria estão relacionados à sua saúde, não apresentando as crises de asma.

A primeira vez que foi visto pela pesquisadora estava descendo a pequena ladeira da sua casa, indo em direção à feira. Encontrava-se vestido de camisa de mangas compridas, listada, calça preta e chapéu. Atendeu à solicitação para uma conversa, pois ainda não era a entrevista; apenas havia o interesse em conhecê-lo. No entanto, este, recebeu a pesquisadora com um sorriso largo, caloroso, pediu para sentar num sofá vermelho, de aspecto envelhecido, enquanto ele sentava num tamborete. Além destes móveis, havia na pequena sala, empoeirada e com teias de aranha nas telhas, uma estante preta de madeira e uma televisão colorida de 14 polegadas. Integrando a casa, há um corredor adjacente ao quarto, cozinha e banheiro. Em frente à casa, de paredes amarelas, existem árvores e uma arapuca para caçar passarinhos; a área em volta da casa é constituída de areia branca que desce mansamente do morro.

Pastoril, ao ser indagado sobre algo do seu passado, revelou: “a gente sente falta, possui tanta coisa... da esposa, dos filhos que morreram, morreram sem precisão” (um dos filhos foi assassinado no Rio de Janeiro). Apesar dos seus 22 filhos e de um deles morar com o mesmo, o familiar que se preocupa com seu bem-estar e com a sua saúde é uma nora que mora próximo numa pequena ruela nos fundos da sua casa. Várias tentativas foram feitas para entrar em contato com ela, até que foi localizada. Estava só, varrendo a casa e ouvindo som. Sua casa é minúscula, composta de uma pequena sala, quarto e cozinha.. Durante a entrevista, ela optou por ficar em pé. Talvez pelo fato de estar cozinhando, o que logo foi percebido através do cheiro forte de feijão que se espalhava pela casa. Bastante simpática e atenciosa, começou a discorrer sobre Pastoril. Relatou que apesar de o mesmo ter filhas e

estas morarem próximas à casa dele, raramente o visitam, incluindo seu próprio marido; este só vai à casa do pai quando ela o obriga. Um outro filho que mora no interior do Estado e veio à Natal no período das eleições não foi visitá-lo. Apenas uma filha que mora no mesmo bairro, de vez em quando o visita, principalmente nas datas comemorativas de Natal ou do Ano Novo e traz presentes pra ele. Ao ser indagada sobre a convivência com pessoa idosa, respondeu que é muito trabalhosa e difícil e comparou o idoso a uma criança. Mencionou, que, ao vê-lo “cansado”, o leva ao Pronto-Socorro ou o trata em casa após verificar se há condições, e, portanto oferece remédios e chás, que os guarda em sua casa, e posteriormente solicita ao ACS uma visita médica. Diz conhecer quando Pastoril está doente, ao vê-lo aflito, pedindo ajuda ou, às vezes, acabrunhado, quieto... Quando está bem, ele é bastante ativo e conversador.

Interrogada sobre a velhice, ela diz: “é virar criança de novo, é teimoso e só faz o que entende”. Ao mesmo tempo, confessa... é muita alegria chegar a idade que ele ta, hoje em dia tá muito difícil, do jeito que o mundo tá”. Acredita-se o que haja, por parte de sua nora, um compromisso de solidariedade, responsabilidade e respeito para com o seu sogro e a pessoa idosa, como também uma certa indignação pelo fato de os filhos serem relapsos com o pai, portanto, entende que é o seu dever ajudá-lo. E quanto ao Pastoril, a nora Borboleta é o único apoio que encontra no meio de tantas adversidades.

LAPINHA

Tem 66 anos, nasceu em Macau, cidade litorânea do interior do RN, na mesorregião Central, uma das maiores produtoras de sal e petróleo do RN. Estudou até a 3ª série do ensino fundamental, é evangélica, pariu nove filhos e recebe uma pensão do seu esposo, que era dono de um açougue no bairro das Rocas (um dos mais antigos bairros de pescadores da cidade), referindo que sente falta desta época.

Reside em casa própria com uma filha, duas netas e um filho alcoolista que trabalha de pintor, quando sóbrio. Lapinha frequenta o grupo de idosos na USF II e participa das comissões de visitas da Igreja Evangélica.

É portadora de diabetes e HAS, além de dislipidemia e osteoporose. Porém o que mais a incomoda no momento são as dores de coluna e edema nos MMII após andar bastante, quando das suas visitas evangelizadoras pelos domicílios no bairro de Felipe Camarão. Vai à USF Felipe Camarão II sozinha e não sente dificuldades no atendimento; relata que a médica

da sua área lhe atende bem. Porém, na maioria das vezes, ao adoecer procura ajuda de uma filha que mora na praia de Búzios (praia do litoral sul, a 50 km, pertence ao município de Nísia Floresta/RN, apesar de ser na sua grande maioria freqüentada por moradores de Natal).

Durante uma visita à sua casa, foi visto um carro de vender guloseimas (bombons, chicletes). Indagada a quem pertencia, a mesma relatou ser seu, pois, anteriormente, vendia bombons aos alunos que freqüentavam a Escola Municipal Djalma Maranhão (escola municipal do ensino fundamental localizada vizinha à USF) para aumentar a renda familiar. Porém, após a implantação da quadra (ambiente reservado às atividades desportivas, construído adjacente à escola, cujo espaço é destinado aos alunos e à população em geral, nos finais de semana), este foi ocupado, deixando-a sem o local para o comércio. Como a sua freguesia era mais direcionada às crianças, Lapinha não procurou um outro ponto que pudesse colocar seu pequeno comércio.

Um dos prazeres da sua vida é ir à praia de Búzios, onde mora uma filha. Conforme citado anteriormente, Lapinha mora com uma das filhas, que participou da pesquisa. Pastora tem 29 anos, é solteira, tem 2 filhos, atualmente está desempregada e estudou até a 4ª série do ensino fundamental. Só concordou em participar das entrevistas, após a terceira tentativa. Neste dia Lapinha estava costurando lençóis para bebê e ao seu lado uma outra filha, que está gestante, também moradora do bairro. Ao iniciar as perguntas, percebeu-se conflitos familiares, já que por diversas vezes a outra irmã, que estava escutando, interrompia e fazia algumas colocações, relatando que a filha de Lapinha que mora na praia de Búzios é a sua principal cuidadora. Leva-a para a sua casa em Búzios sempre que a mesma está doente, e agenda para o médico, seja na USF ou em outros serviços de saúde. De acordo com Pastora, a sua irmã proporciona uma melhor assistência à mãe porque ela tem carro, mas todos os filhos se preocupam ao vê-la com algum problema de saúde. Quando indagada sobre a convivência com o idoso, responde: “não tem problema. Às vezes a pessoa idosa esquece”. Nesse momento, Lapinha que estava próximo, menciona: “eu sou chata, sou aborrecida, não gosto de ver minhas coisas desorganizadas”. Ou seja, mais uma vez foi percebida uma convivência conflituosa, o que a Pacheco (2005), quando ele discorre sobre conflitos familiares e idosos, e, neste caso, o convívio passa pela questão financeira, pois o idoso sustenta os filhos adultos, que nunca saíram de casa ou que voltaram após ter perdido seus empregos, desencadeando uma desestruturação econômica e familiar. Posteriormente, perguntada sobre o que é ser velho para ela, Pastora responde: “a pessoa volta a ser criança de novo. Começa a comer papa, a dar trabalho, tem uns que usam fralda”. E imediatamente retoma: “apesar de que minha mãe é independente, não tem mais dentes, mas come tudo.

Toma banho só”...

ESTRELA DO NORTE

Tem 61 anos, nasceu na cidade de São João do Sabugi, mesorregião Central Potiguar, extremamente católica, devota de Padre Cícero, Nossa Senhora da Conceição e Cosme e Damião, trabalhou como empregada doméstica, durante mais de 20 anos, atualmente está aposentada, recebendo um salário-mínimo e, para aumentar sua renda, conserta bonecas de plásticos.

Sua filha as comercializa nas feiras livres dos bairros de Felipe Camarão e Dix-Sept Rosado, como também em Parnamirim/RN (cidade da região metropolitana de Natal). Também vende dindin, uma espécie de picolé caseiro (suco natural de frutas ou artificial, colocado em pequenos sacos plásticos e congelado), água sanitária e desinfetante caseiro com aroma de eucalipto, todas elas como forma de complemento para a renda mensal.

Estrela do Norte é uma mulher negra, de cabelos curtos e crespos, bastante falante, batalhadora, aquela que está sempre com a palavra e pronta a revidar se alguém lhe afrontar. Percebe-se o quanto é a provedora da família e como, de acordo com ela, “todos têm que rezar pela minha cartilha”.

Estudou até a 4ª série do ensino fundamental, considera-se solteira, embora tenha tido um companheiro por muito tempo, do qual se separou posteriormente. Mãe de dois filhos, a filha morava com ela até dois meses atrás; o filho, ela o expulsou de casa por se envolver com drogas e grupos locais de jovens delinqüentes, indo embora para a região Sul desde o ano de 1989, com a idade de 18 anos; tem poucas notícias sobre o mesmo, sabe porém, que se encontra vivo.

Ao ser indagada sobre sua saúde, relata que, apesar de ser hipertensa e cardiopata, tem história de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) e transtorno mental. Não gosta de tomar medicamentos nem de ir ao Posto. Ao se dirigir até a USF não procura a médica da sua área, e sim outro médico em quem ela confia e que também faz parte do Grupo de Convivência de idosos do bairro. Ao sentir algum mal-estar se deita, permanecendo quieta, ingere algum tipo de chá calmante, como camomila ou erva-doce. Esteve hospitalizada por diversas vezes em hospital psiquiátrico, porém na sua fala é velada esse fato. Diz que ficava muito agitada e não sabia o que estava lhe acontecendo, até que

certo dia um dos médicos que a atendeu falou que o provável diagnóstico do seu problema seria Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); desde então ela correlaciona à hipertensão como causa do distúrbio mental. Sobre esses episódios na sua vida relata:

“Já tive muitos problemas de saúde, agora não tenho mais, Graças a Deus...Eu tive problema de coração, quase que morro, cheguei quase paralisada ao hospital. Já tive várias internações mas no tempo que eu não sabia qual era o problema aí...ficava alvoroçada. Mas agora que eu sei o que é, tomo remédio e fico calma”.

Reside em Felipe Camarão há vinte e cinco anos; anteriormente morou no bairro de Mãe Luiza (bairro da zona leste da cidade, com grandes problemas sociais, localizado em cima das dunas e próximo à praia) e, posteriormente, numa favela na Rua Lima e Silva, bairro de Lagoa Nova (hoje de classe média). Todos estes fatos marcaram sua trajetória na luta por uma casa própria. Destes episódios, ela comenta:

“Eu morava nas cozinhas das casas dos outros... então comprei minha casa no bairro de Mãe Luiza (..) lá, vivíamos de subir e descer a ladeira com feixe de lenha para fazer fogueira...com lata d’água na cabeça, subindo e descendo o morro (...) e foi um cotidiano diário por cinco anos. Depois, troquei essa casa por outra casa na favela da rua Lima e Silva, meu Deus, lá tudo era planozinho, bonitinho, bonzinho que era uma coisa demais (..) aí eu disse meu Deus, agora daqui eu não saio mais de jeito nenhum... Foi quando veio o Eliseu satanás com um punhado de capangas... e botaram os barracos dos outros abaixo (...) mas eu disse, que não saía de jeito nenhum (...) quando eu via aquele povo colocando aqueles barraquinhos no chão eu chorava de tristeza”....

A sua atual casa, que de início era apenas de um quarto, sala e cozinha agora conta com sete cômodos: três quartos, duas salas, cozinha, área e banheiro, além do pequeno jardim e quintal. Tudo construído com o seu esforço e sua fé, algo que ela faz questão de registrar em todas as suas falas

Viam-se fragmentos de bonecas espalhados por todos os recantos da sala e do quarto. Complementando o ambiente da sala, onde foi recebida a pesquisadora, destacavam-se, na parede amarela, os quadros dos santos da sua devoção e de seus familiares. Durante os encontros sempre trazia um prato repleto de dindins deliciosos.

Porta-Bandeira, filha da Estrela do Norte, tem 30 anos, estudou até a 5ª série do ensino fundamental, tem três filhos e, juntamente com a sua mãe, conserta bonecas de plásticos e vende nas feiras livres, e se considera uma artesã. Mora com o marido e seus dois

filhos num pequeno quarto na Favela do Fio. Até a bem pouco tempo morava com a sua mãe. Porém, na perspectiva da família se tornar independente pelo menos no fisicamente, já que do ponto de vista financeiro ainda depende bastante da Estrela do Norte, preferiu sair de casa. Somado a este problema, o seu companheiro é usuário de drogas. Contudo, como única filha, existe um laço forte de afeição, companheirismo e zelo entre ambas.

Outrossim, Porta-Bandeira refere que conviver com uma pessoa idosa é difícil devido à teimosia e que é preciso ter muita paciência para que possa haver uma convivência amigável. Conta que internou sua mãe algumas vezes em hospitais psiquiátricos ao vê-la agitada e brava, correndo em direção ao morro, apresentando delírios. Porém, de acordo com Porta-Bandeira, os médicos relataram que sua mãe tinha problemas de pressão (hipertensão arterial) e desde então não foi mais preciso interná-la. Dessa forma, Estrela do Norte e Porta-Bandeira relacionaram o desaparecimento das crises do transtorno mental aos cuidados com a hipertensão. É tanto que, sempre que Estrela do Norte começa com algum sintoma prefere se deitar, ficar quieta e ingerir alguns chás oferecidos pela filha.

Ao ser questionada sobre a velhice, Porta-Bandeira alude: “Significa alegria, alegria que viveu, participou da vida inteira. Saber que é a vida, conhecer netos e talvez bisnetos”.

FANDANGO

Tem 76 anos, nasceu na cidade de São Tomé, mesorregião do Agreste Potiguar, sem instrução, é viúvo há nove meses (sua esposa morreu em fevereiro/2006), é católico, tem cinco filhos, mora sozinho, trabalhou como pedreiro por mais de trinta anos. Atualmente é aposentado, com renda mensal de um salário-mínimo.

É morador de Felipe Camarão há aproximadamente vinte anos. Mora em casa própria, com três cômodos (sala, quarto, cozinha e banheiro), piso de cimento. A água para consumo é armazenada em recipientes plásticos grandes azuis, pois, como se localiza no morro, a altitude dificulta a subida da água, pois vem com pouca pressão da rede geral. Cuida da casa, faz seu próprio almoço, muito embora algumas vizinhas venham sempre ajudá-lo. A higiene do ambiente é precária, com presença de moscas, mosquitos, teias de aranha e sujidade pelos cantos da casa. Há na sala uma mesa pequena, com quatro tamboretas, um guarda-roupa de duas portas de cor clara, envelhecido, TV de 14 polegadas, colorida, semi-

nova e um tipo de toca-discos (vinil), 3 em 1, mais antigo. Compondo este ambiente, destacam-se quadros nas paredes com retratos de familiares e também de santos (religiosos).

Para se chegar até a essa pequena casa de cor azul, com coqueiros e de ar bucólico, sobe-se alguns degraus de pedras, com corrimão de madeira vermelha, que ele mesmo fez. Fuma cigarro de palha industrializado e é etilista desde criança.

Ao responder sobre sua saúde e/ou problemas atuais que o afetam, inicia, negando a doença, ao dizer que “não sente nada”; logo após, refere sentir “leseira” na cabeça e problemas oculares. O primeiro contato com a pesquisadora foi na USF, numa consulta sobre as dores e as varizes em MMII. É portador de HAS, fazendo uso de hidroclotiazida. Gosta do atendimento, não tem o que reclamar, espera sua vez para ser atendido. Ao chegar à Unidade de Saúde procura a agente de saúde, pois confia bastante na mesma. Fez cirurgia de catarata há três anos, em hospital privado, e, ao sair de alta, foi para casa a pé, provavelmente porque não tinha dinheiro, percorrendo uma distância de aproximadamente 10 km.

Ao mesmo tempo em que diz ter parado de beber após a morte da esposa, alega que quando se sente muito só, “desço e vai comprar umas cervejinhas”. Acrescenta:

“desço, almoço, vou conversar com as pessoas, vê os vizinhos. Estou tomando umas braminhas (bebida alcoólica). Quando eu lembro dela (esposa), fico sem dormir na rede sentindo saudades Ao lhe indagar sobre seu lazer, responde: É ouvir som, televisão, conversar com amigos e ir aos domingos à casa da filha que mora no bairro Pajuçara”.

Refere não ter mais alegria: “Agora por hora não, alegria eu tinha quando a minha esposa era viva. A noite é triste.. as vezes, fico sem dormir”. Fandango diz que a filha quer levá-lo para morar com ela, porém ele recusou, alegando que precisa de autonomia e acredita que ainda terá uma companheira para morar juntos. Sobre este fato, contou que duas mulheres já estiveram em sua casa, porém não deu certo, inclusive uma a roubou. Após a morte da esposa, passou a morar sozinho e algumas vizinhas começaram a ajudá-lo, uma das quais participou da pesquisa.

Catirina, é filha de Dama idosa que também faz parte deste estudo _ tem 27 anos, encontrava-se gestante do quarto filho, estudou até o 2º ano do 2º grau e tem uma união estável. Simpática, fala pouco, alega que Fandango é muito teimoso e desobediente. Pede para o mesmo não ingerir bebida alcoólica devido à hipertensão, mas ele não atende ao seu pedido, deixando-a aborrecida. Geralmente se dirige ao Posto para buscar os anti-hipertensivos, porém ele não lhe dá ouvidos quando reclama de alguma coisa, principalmente do seu

alcoolismo. Relata que quando ele ingere bebida alcoólica fica extremamente chato. Fandango tem um apelido e todos que os moradores, próximos da sua casa o conhecem por esse apelido. Catirina age como um elo entre Fandango e a família, especialmente quando ele está doente, avisando a uma sobrinha e à sua filha. Ele sempre lhe pede ajuda nestas ocasiões, pois não sabe utilizar o telefone público.

Sobre a velhice, Catirina discorre: “Eu não acho ninguém velho. Assim, quando chega a ser idoso, a pessoa tem mais experiência, tem vivido mais”. Percebe-se que há uma relação de solidariedade entre Catirina e Fandango e este, de reconhecimento pelo que ela faz.

DAMA

Tem 67 anos, nasceu na cidade Pedro Avelino, mesorregião Central Potiguar, viúva há quatro anos, pariu dezessete filhos, porém apenas quatro estão vivos; sem instrução, é católica, reside no bairro de Felipe Camarão há mais de vinte e sete anos. Trabalhou como lavadeira durante vinte anos, atualmente é aposentada, com renda mensal de um salário-mínimo, de onde vem o sustento de quatro netos e uma bisneta que moram com ela.

Como a sua casa se localiza no morro, reside atualmente na casa de um filho, por ser numa região mais plana e devido à artrose, que a deixou impossibilitada de andar há mais de ano. Observa-se que, apesar desta mudança, a casa não é a ideal, pois Dama realiza suas necessidades fisiológicas e higiênicas no quarto, já que os degraus entre a sala e a cozinha provocam uma barreira de acesso ao banheiro. O primeiro contato com Dama ocorreu na sala da sua residência. Eram aproximadamente 9h da manhã. Anteriormente havia combinado com a agente de saúde a visita ao seu domicílio, possibilitando uma melhor acolhida por parte das pessoas que iriam ser abordadas, já que os entrevistados não conhecia a pesquisadora, devido pertencerem às demais áreas de abrangência da USF.

Na oportunidade, Dama se encontrava deitada no sofá, com um lençol sobre suas pernas e de vez em quando afugentava as moscas que ali pousavam, com um pano. Neste ambiente havia, além deste sofá, um outro menor, uma pequena estante, televisão e alguns medicamentos para dor, além de óleos para utilizar em massagens nas suas pernas (doutorzinho, Pe Cícero, comprados a vendedores ambulantes que passam de casa em casa ou no bairro comercial do Alecrim). Complementando o ambiente, havia quadros de santos na parede e, no chão cimentado, bastante sujo, continha migalhas de pão que sua bisneta deixou cair. A casa era relativamente grande para os padrões do bairro, sete cômodos: três quartos,

duas salas, cozinha e banheiro. Dama dorme no quarto com a neta e a bisneta numa cama de casal (as três estavam com escabiose). Além da cama, podia-se observar, neste local, um guarda-roupa, com diversas roupas que teimavam em cair, uma rede sobre a cama, além de vários sacos de alimentos não perecíveis (arroz, feijão, farinha, massa de milho) dentro de uma grande bacia. Sobre este fato, a agente de saúde informou que são produtos da cesta básica, provavelmente por ficar mais barato comprar dessa forma. No chão, havia uma mancha escurecida e de odor fétido, local onde Dama realiza suas necessidades fisiológicas e higiênicas, permanecendo o ambiente úmido.

Outrossim, indagada sobre seus planos ela respondeu:

“Meus planos, quase nada. No tempo em que trabalhava....agora minha filha, não tenho plano de nada. Só peço a Deus ficar boa. Sobre momentos de alegria, afirma: Só quando estou com meus filhos. Quando vejo todos fico contente, fico alegre. Tenho um que demora mais, mora em Pureza (interior do RN).”

Quando perguntada se está satisfeita pela forma como vive, a mesma, olhando com seus olhos fundos e com um sorriso amigável, fala calmamente:

“A gente tem que se conformar com tudo que Deus quer. Não é bom não, às vezes reclamo, me lastimo, mas às vezes me conformo. Pra mim o pior horário é à noite, fica eu e Cravo (sua neta, que cria desde pequena), fico rezando. Às vezes durmo bem, às vezes, quase não durmo”....

Outro dia, estava sentada numa cadeira, com aspecto mais alegre, com um vestido de bolinha meio envelhecido, e, ao seu redor, filhos e netos conversando, algo que mais a deixa feliz. Seu olhar revelava isso.

Cravo, sua neta, mora com ela desde pequena, após o falecimento da mãe, e estava presente durante as entrevistas. Cravo é a sua principal cuidadora, tem 19 anos, solteira, 01 filha, estudou a 4ª série do ensino fundamental. Além dela, moram, com Dama, três netos e uma bisneta. Mas, é Cravo quem está sempre junto a Dama. Viu-se que, apesar de jovem, há uma preocupação constante com Dama, com suas dores, a alimentação, medicação na hora exata, como também na ocasião do banho. Cravo também prepara o almoço e cuida da casa e da sua filha. Confidenciou que durante a hora do almoço, além daqueles que moram na casa, vêm outros filhos e netos almoçar diariamente, e o isso a deixa estressada, já que tem que preparar alimentos para muita gente. O aspecto de Cravo pareceu de desleixo, talvez sejam os diversos afazeres que não a permitem cuidar-se melhor. Mas, apesar de tudo, percebe-se o

grande carinho, reconhecimento, talvez gratidão e amor de Cravo por aquela senhora ao mesmo tempo tão indefesa e forte.

Ao ser questionada sobre a convivência com o idoso, comenta que é muito difícil, principalmente ao adoecer; por outro lado, quando está bem de saúde é divertida, alegrando aqueles que a cercam. Percebe-se uma relação de dependência de Dama para com sua neta, e algo acontece, fazendo com que Cravo se atrase, Dama não se alimenta e chora com a sua ausência. Por outro lado, quando viajam para o interior, geralmente acontecem as festinhas nos finais de semana; porém, Cravo se recusa a ir, mesmo sabendo que há outras pessoas para cuidar de Dama. Existe um elo muito forte, repleto de sentimentos de amor, zelo, respeito e carinho entre ambas. Sobre a velhice, Cravo discorre: “É quando tá com mais idade. Ser velho não é nem idade, é quando está doente, as pessoas vão desprezando , não dando atenção”.

MESTRA

Tem 66 anos, nasceu na cidade de São José de Mipibu, mesorregião Agreste Potiguar, há 31 quilômetros da capital, casada, quatro filhos, católica, sabe ler e escrever, estudou até a 2ª série do ensino fundamental, diz que o pai não queria que os filhos estudassem. Doméstica, não é aposentada, e de acordo com a mesma, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) não permite, sendo um fato que a deixa extremamente insatisfeita e irritada. O marido tem 70 anos, etilista e fumante há muitos anos, aposentado com um salário-mínimo e ainda trabalha como office-boy num cassino no bairro da zona Sul de Natal, sendo o provedor da família.

Moram dois netos com o casal, além de uma filha, genro e quatro netos residirem num quarto nos fundos do quintal. Esta situação também a deixa preocupada, já que sua filha é portadora de asma crônica e tem uma filha com problema renal (rim atrofiado), além da precariedade financeira do marido.

A casa de Mestra é bastante organizada, limpa, piso de cerâmica, dois quartos, sala, cozinha ampla e banheiro. A sala, onde ocorreram as conversas, estava sempre impecável, dois sofás, mesa de vidro com cadeira, estante com vários bibelôs, uma TV de 20 polegadas, semi nova, além de uma pequena prateleira contendo imagens de santos e fotos da família.

Mestra relata que a neta adolescente não a ajuda, deixando as tarefas domésticas para ela, que, somadas a osteoporose e varizes em MMII, contribuem para aumentar seu cansaço. Faz uso diário de medicamentos para osteoporose e atualmente foi ao oftalmologista que

detectou presença de catarata, necessitando de cirurgia, além da dislipidemia. Utiliza chás e lambedor quando está gripada. Refere que tem facilidades para quedas, sendo este um dos motivos para raramente sair de casa, além de que o marido nunca a deixou sair, desde jovem, mantendo-a sempre em casa; e ele, era o inverso, saía bastante. Moraram em São Paulo, porém seu marido não se adaptou e retornaram.

Ao ser questionada sobre os momentos de alegria, responde: “Vivo tão passada! Minha alegria é quando minha família tá perto de mim na hora que preciso”. Quanto à satisfação da forma que vive, diz: “Deus que quer, tem que conformar com a vontade. Não nasci rica. Uma coisa que não me conformo foi não receber a aposentadoria”. Afirma não ter planos para o futuro devido estar velha.

Cigana, filha de Mestra, mora num quarto nos fundos da casa, e esta é uma das razões que a faz estar sempre presente na casa da mãe. É casada, tem 37 anos, estudou até a 5ª série do ensino fundamental, desempregada, mãe de 4 filhos.

Ao se referir sobre a convivência com a pessoa idosa, relata que acha bom, principalmente quando se trata dos pais e que tem muito respeito para com ambos, afirmando que existem algumas pessoas que têm preconceito para com o idoso e exemplifica com uma cena que presenciou de maus-tratos, ao ver alguém puxando um idoso no Banco. Os irmãos ficam preocupados quando Mestra ou seu pai adoecem; moram próximos e estão sempre visitando-os. A família sempre está reunida, principalmente nas datas comemorativas, como aniversários, Natal, Ano Novo, Dia das Mães, etc. Sobre a velhice, declara: “Ser velho a gente vai ficar. A gente não pode desprezar, tem gente que sente nojo daqueles que ficam na rua. Eu acho bonito, gente velhinha viveu mais”...

LÍRIO

Encontra-se com 68 anos, nasceu na cidade de Tangará, mesorregião Agreste Potiguar, casada, católica, estudou até a 4ª série do ensino fundamental, trabalhou na agricultura, hoje está aposentada, com a renda de um salário-mínimo; nove filhos, apenas um mora com o casal, por ser portador de transtorno mental, e é Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da SMS. Residem há dezessete anos no bairro. Atualmente mora na Favela do Fio, na casa da esquina, a primeira do lado direito para quem sobe a rua do meio (rua principal da favela). Os encontros com a pesquisadora se deram num ambiente, que é mistura de área e sala. Nas paredes há fotos desenhadas dos familiares, postas lado a lado; junto a elas, imagens de

diversos santos. A entrevista aconteceu nesse cômodo da casa, num pequeno sofá. Ao redor, havia tamboretas, além de pneus e carros-de-mão que eram comercializados, por seu esposo, nas feiras da Cidade da Esperança (bairro vizinho, famoso por ter sido nele construídas, nos anos 1960, foram as primeiras casas populares do RN durante o governo populista de Aluizio Alves) e Felipe Camarão. Lírio atendeu com um sorriso nos lábios, apesar de perceber-se que havia apenas dois dentes na boca. Bastante simples, com um vestido surrado, ao contrário do seu companheiro, que está sempre arrumado, com camisa de mangas compridas, calça e sapatos. A partir de então, foi iniciada uma série de novas visitas.

Gosta de falar sobre política; em uma das visitas, havia a foto de um candidato a governador, já que se estava no período das eleições. Aproveitando o ensejo, falou: “Os governantes não olham para o idoso”.

Estava preocupada em extrair um dos dentes que lhe restava, com planos de colocar uma prótese. Refere ter diversos problemas de saúde, entre as quais dor de cabeça, na coluna e é portadora de HAS. Faz uso de medicação anti-hipertensiva e semanalmente verifica a pressão arterial no Posto ou na sobrinha. Não gosta do atendimento na USF, freqüentando em poucas ocasiões. Utiliza chá de cidreira, capim santo, maracujá, segundo a mesma, para melhorar os “nervos”. Realiza todas as tarefas domésticas, e geralmente não sai. Ainda tem pai, com 94 anos, morando no interior (Tangará/RN) e, quando pode, vai visitá-lo. Quanto à satisfação em relação a sua vida, afirma: “È o jeito, é o que Deus quer. Tenho saúde e posso caminhar, muitas pessoas jovens ou idosos não podem”.

Libertina¹⁴ é filha de Lírio e Boi-de-Reis, tem 36 anos, reside no mesmo bairro, estudou até a 4ª série do ensino fundamental, tem 02 filhos, do lar, porém vende cosméticos a domicílio. Emocionou-se ao falar sobre a velhice dos pais. Relata que há pessoas não dar apóiam os pais. Além dessa questão, refere sobre a morte dos pais que a deixará muito triste quando este fato vier a acontecer. Há indignação de sua parte ao ver alguém maltratar o idoso, e discorre sobre o dia em que a trataram mal na USF, quando sua mãe foi extrair um dente e a pressão arterial encontrava-se alta. Durante toda a conversa, estava sempre se referindo ao atendimento. Acrescenta que sua mãe também não gostou desse atendimento. Relata que o único profissional da USF que comparece à casa dos seus pais é a ACS. Discorre sobre a religiosidade dos pais, em especial a do pai, que está sempre rezando e que anualmente se dirige ao Juazeiro-CE, cidade de Padre Cícero, protetor do homem do sertão, onde para lá se encaminham anualmente milhares de romeiros de todos os recantos do Nordeste.

¹⁴ Libertina - filha de um casal de idosos pesquisados, constará na descrição etnográfica apenas uma vez, porém entendendo que a sua fala é direcionada para ambos

Refere que sua mãe se preocupa com tudo o que acontece ao seu redor, deixando-a nervosa e com conseqüente aumento da pressão arterial. Sobre a velhice, discorre: “Não acho ninguém velho. Nem meus pais.. Velho é quando não está mais andando.”

CRAVINA

Está com 75 anos, nasceu na cidade de Riachão de Araruna, interior do Estado da Paraíba, casada, católica não praticante, estudou até a 3ª série do ensino fundamental; quanto a este fato, discorre: “Fui criada no interior, trabalhando em roçado com meu pai, só confiava de levar eu, amanhecia o dia...tudo era muito longe... éramos muito pobres, minha mãe sempre botava na escola, os estudos eram muito atrasada”. Não teve filhos, criou uma sobrinha por algum tempo, porém a menina não se adaptou ao novo lar, retornando á casa dos pais . Costureira, atualmente aposentada por invalidez devido a ser portadora de uma hérnia abdominal e ser colostomizada. Renda mensal de dois salários-mínimos, somando ao do marido também aposentado.

Dispõe de casa própria, que, apesar de pequena, apresenta sete ambientes, todos bem arrumados, piso de cerâmica, suíte, móveis relativamente novos e, na sala, onde ocorreram as conversas, havia quadros da família na parede e um quadro branco com detalhes azuis, onde estavam números de telefones. Indagada sobre este, Cravina falou que como ela sai bastante e seu esposo tem transtorno mental, conseqüência do alcoolismo, e já foi hospitalizado três vezes, precisaria ligar para algum familiar em caso de urgência. Durante as crises, se torna agressivo e com demência, deixando-a preocupada.

Cravina é uma senhora de estatura baixa, cabelos curtos, usa óculos, bastante falante, agitada, querendo resolver tudo ao mesmo tempo, desde os problemas de saúde do irmão, do marido e, por último, os seus. Sempre se reportando à questão do alcoolismo do marido. “não estou satisfeita com a vida porque meu esposo bebe (...) para minha vida melhorar falta o meu marido melhorar”.

BOI DE REIS

Tem 75 anos, nasceu em Vargem do Rio, zona rural da cidade de Tangará/RN, casado há quarenta e sete anos com Lírio, nove filhos, um dos quais é portador de transtorno

mental, e mora com ele. Boi-de-Reis não tem escolaridade, católico, bastante religioso, a sala estava repleta de quadros da família e dos santos a quem é devoto. Anualmente viaja nas romarias que vão para a cidade de Juazeiro do Norte, no Ceará. Alto, magro, um tanto tímido, lacônico, achava que não saberia responder às questões. Vaidoso, está sempre bem arrumado, seja em casa ou na feira. Na ocasião usava camisa social de mangas compridas, calças, sapatos e chapéu.

Trabalhou na agricultura no interior do RN, e, ao vir morar em Natal, ficou desempregado e passou a catar papelão para sobreviver. Posteriormente se aposentou por idade. Sempre comercializa pneus e carros-de-mão nas feiras da Cidade da Esperança aos domingos e no próprio bairro às terças-feiras. Sente saudades do seu tempo de juventude, da sua terra natal e dos animais que criava. Gostaria de retornar a morar no interior, porém sabe que não será possível pois todos os filhos estão morando em Natal, e sua esposa não admite voltar e ficar longe dos filhos. O homem do campo que não se adaptou às regras da grande cidade.

Refere que atualmente está bem de saúde, porém sente dor na coluna, e não gosta de ir ao Posto, preferindo se dirigir à Farmácia no bairro vizinho. Gosta de orações quando estar doente. Fumante e etilista por mais de quarenta anos, parando após inúmeras crises asmáticas que o levavam constantemente ao Pronto-Socorro em Tangará Sobre este fato, revela: “Graças a Deus deixei tudo de uma vez. Bebia muito. Se tivesse continuado, os cabras já tinham me matado.”

CRUZEIRO DO SUL

Tem 77 anos, nasceu em João Pessoa/PB, dois filhos, sem instrução, não tem religião no início das entrevistas estava separada, porém seu marido retornou após estarem afastados por mais de um ano. Mais velha que ele 24 anos, estão juntos há mais de trinta anos, com alguns intervalos de separação. Trabalhou como agricultora, lavadeira, empregada doméstica, catadora de lixo, atualmente, está aposentada.

Mora na Favela do Fio há menos de um ano, após atender ao pedido do marido para vir morar perto dele, a fim de dar-lhes segurança, mesmo estando separados. E de fato, por ocasião da primeira visita, ela se encontrava com diarreia, sendo cuidada por ele e pela amante, moradora da Favela. Refere ter “doença dos nervos”, tem tomado chá de erva-doce para melhorar. Frequentemente refere cefaléia e compra remédios em farmácias.

Cruzeiro do Sul tem estatura mediana, magra, cabelos loiros esbranquiçados, pele parda, bastante vaidosa, mostrou cosméticos e perfumes que tem guardados, não gosta de sair desarrumada, e diz ter o *maior horror* quando alguém a chama de velha.

Sua casa na favela se resume a um pequeno quarto de alvenaria, com paredes escurecidas e um banheiro com uma cortina de propaganda, servindo de porta. Havia neste ambiente um amontoado de móveis, desde sofá, cama de solteiro, geladeira, um guarda-roupa de madeira de duas portas, rack com os utensílios domésticos, televisão, som, e tambores plásticos onde armazena água para os serviços domésticos, pois havia apenas uma torneira no lado de fora no minúsculo beco que antecedia à casa. Posteriormente, a geladeira foi vendida por dez reais, já que não havia mais conserto. Complementando este cenário, quadros e imagens de São Jorge e Iemanjá, além de calendários na parede.

Apesar de todas as adversidades - idosa, mulher, morar numa favela - pareceu ser bastante valente e não esperar pelo outro para resolver seus problemas ou sua vida. Confessou que sempre batalhou pelo que quis. Convidada para ir ao jantar dançante em comemoração ao dia do idoso, de última hora, se recusou a ir devido estar esperando que o marido chegasse do trabalho e o jantar deveria estar pronto.

Narra um pouco da sua história junto ao companheiro. Quando se conheceram, ela tinha 44 anos e ele 20 e moraram 37 anos juntos, porém, com alguns episódios de separação, pois ele bebia muito e brigavam, havia agressões físicas entre as quais ameaça de morte. Certa vez ele comprou uma faca para matá-la, porém ela conseguiu chamar a polícia e ele foi preso. Naquela época, moravam na favela do DETRAN (denominação devido à localização da sede do Departamento de Trânsito). Relata que, quando ia comprar o sacolão (denominação de cesta básica), trazia sempre uma garrafa de aguardente e se embriagava. Houve momentos em que todos os seus objetos pessoais eram colocados em caixa de papelão, pois não possuía cama e nem armário.

Em um dos episódios da separação, ficou mais de um ano separado, ela morando em Poço Branco e ele aqui na sarjeta, abandonado, com barba grande, sujo; a mesma soube, veio a Natal, cuidou dele e depois retornou Poço Branco. Porém, algum tempo depois, ele foi à sua procura e resolveram ficar juntos. Ambos foram catadores de lixo, porém ela sempre assumiu a casa, e ele gastava em farra, o dinheiro que conseguia.

Coco de Zambê, companheiro de Cruzeiro do Sul, tem 53 anos, sem instrução, 01 filho, desempregado, faz biscates. Retornou para casa após a eleição, pois a amante a deixou ficando com outro.

Coco de Zambê contou que Cruzeiro do Sul gasta dinheiro sem necessidade, que a mesma é teimosa, fazendo o que bem quer, sem ouvir opinião de ninguém. Relata que a filha queria usufruir dos seus bens, inclusive da casa onde morava no bairro das Quintas, e houve um episódio onde ela foi para o Pronto-Socorro, com suspeita de AVC, e a filha não lhe deu a menor assistência. E que, mesmo assim, ela preferia ficar com a filha do que com ele. Percebia-se, por trás daquele homem rude, uma preocupação com ela, talvez por companheirismo ou para aproveitar-se da situação de solidão da mesma. Percebia-se também, apesar de tantas idas e vindas do casal, uma cumplicidade entre eles, pois estavam sempre querendo saber e ajudar de alguma forma a vida do outro. Sobre a velhice, ele discorre: “A gente tem tudo que ficar velho. Velho é teimoso. O jeito é que tem é ter paciência”.

4.2. Discussão

Esta segunda parte da análise dos resultados traz uma abordagem qualitativa feita através da técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin (2000) para a temática das categorias, associadas à complementação por alguns dados estatísticos fornecidos pelo software Alceste utilizado para o registro da frequência e das atitudes no momento das entrevistas, através das seguintes categorias: 1. A família no cotidiano do idoso; 2. A velhice sob o olhar do outro; tolerância ou piedade; 3. Familiar como cuidador e 4. Rede de Apoio e Serviços de Atenção ao idoso.

Posteriormente, no segundo momento as análises serão direcionadas diretamente ao indivíduo idoso e sua velhice no contexto da saúde e da família.

4.2.1. *Corpus I* : Família e Idosos

4.2.1.1. Classe 1: A Família e as relações com os idosos

Autores, como Fericgla (1992), afirmam que a funcionalidade das relações é um aspecto muito importante da construção cultural e se manifesta de modo central na relação entre o adulto mais velho e os demais membros da família. Segundo esse autor, para os idosos, a importância da família é muito maior do que para os demais grupos, pois nela eles

buscam auxílio, ajuda, companhia, relações sociais íntimas, cooperação, entre outros. Na evolução histórica das sociedades, o velho e a velhice sempre tiveram valores e concepções distintas, nos quais os aspectos culturais influenciaram sobremaneira.

De acordo com Áries (1981), o sentimento e o valor da família não existiam durante a Idade Média, surgindo entre os séculos XV a XVII, e a família era dividida em dois tipos, com denominações: a família ou “mesnie”, e a linhagem que ligava a solidariedade aos descendentes de um mesmo antepassado, os quais viviam em propriedades, um tipo de sistema de posses, denominado “frereche”. Esta reunia, ao redor dos pais, os filhos, os sobrinhos, vindo mais tarde a originar as tradicionais famílias patriarcais do século XIX.

Ainda, de acordo com o autor, esta transformação da família se deu na classe burguesa, entre os nobres, artesãos e lavradores ricos. As famílias consideradas pobres ainda permaneceram com os mesmos costumes da família medieval, até o século XIX, ou seja, as crianças continuavam afastadas da casa dos pais. Áries (1981) conclui que a partir do século XVIII houve pouca modificação no sentimento familiar.

Outrossim, a família é considerada a base fundamental para o desenvolvimento humano e para a construção de uma identidade social, segundo Sommerhalder e Nogueira (2000), além da proteção da pessoa idosa.

As famílias atuais e, especificamente, as deste estudo, pode-se dizer que tomam hoje uma nova direção, no sentido de que apresentam novos arranjos e conformações, considerando que novos indivíduos, com graus de parentesco mais distantes, surgem na sua composição. Há os componentes de gerações menos inferiores (parentes próximos), como netos e bisnetos que conformam as relações intergeracionais, e ainda os parentes afins, como genros, noras e enteados. No caso deste estudo, há seis idosos que residem com os seus filhos, quatro deles casados que vivem com seus cônjuges, sendo que dois destes também moram com filhos e netos; um casal, destes, mora sozinho; e mais outros seis viúvos, que vivem com filhos, enteados, sobrinha neta, sobrinha, e sobrinhos netos.

Sommerhalder e Nogueira (2000) colaboram com a discussão ao afirmar que, para se conviver de uma forma positiva entre gerações distintas nesta sociedade em que as transformações sociais interferem na relação familiar, as pessoas devem ter uma postura flexível e de oportunidades de diálogos diante da vida. Segundo as autoras, para todo momento da convivência entre pessoas de diferentes gerações é importante as trocas entre os membros desta família, assim contribuindo para o crescimento e o amadurecimento deste grupo familiar.

A convivência diária entre os familiares deste estudo, como se viu, é diversificada;

há idosos que convivem e são cuidados pelos filhos, mas há também aqueles que, quando necessitam, contam com uma nora, uma sobrinha, uma neta ou o marido. No caso específico de Florista e sua sobrinha, em que ambas se preocupam com o desenrolar de suas vidas, pois Florista, além de acolhê-la juntamente com seus dois filhos, deseja que a sobrinha case-se novamente, já que a mesma é viúva. Da parte da sobrinha, observou-se o zelo e a preocupação por seu bem-estar, além de ajudá-la nas atividades domésticas e acompanhá-la às consultas médicas.

Outras situações familiares diferentes revelam uma coexistência entre idoso e seus familiares através de afinidade e solidariedade. Dessa forma, retoma a convivência cotidiana entre os familiares, ou seja, o compartilhar de todos os momentos, além da vivência entre gerações, para que os idosos possam ter uma melhor qualidade de vida. Nesta perspectiva, identificou-se uma familiar (enteada), que, ao mesmo tempo em que valoriza a velhice, não concorda com a instituição asilar como local de atendimento para idosos e demonstra ter o maior respeito pelo padrasto.

Debert (1999b), em análise sobre a família do idoso na sociedade atual, afirma que

“pesquisas mais recentes mostram que, a proporção de idosos morando com filhos tende a diminuir nos Estados Unidos e nos países europeu entretanto, essa tendência deve ser tratada com cuidado. Embora Wall (1989) apud Debert (1999b), ao analisar arranjos de moradia entre idosos, na Europa, nos anos 80, ressalte que ainda há uma diversidade de arranjos ainda presentes, afirma que na Europa ocidental, a tendência é que cada vez mais os idosos passem a morar em unidades domésticas separadas das dos filhos, mas essa tendência é menos evidente no sul e na Europa oriental” (DEBERT,1999b, p..51-2).

Observa-se, também, haver idosos viúvos que moram sozinhos, mas que contam com o apoio dos filhos, o que não significa dizer que isto já possa ser um reflexo do abandono gradativo por parte dos seus familiares; nem o contrário, para um idoso que mora com seus filhos e netos em uma unidade doméstica plurigeracional, não há certeza alguma de que esta seja a melhor forma para uma velhice bem sucedida. Em síntese, o fato de idosos morarem com seus filhos não significa dizer que seja um sinal de relações mais amistosas entre idosos e seus filhos. Complementando, ressalta Debert (1999b) que há uma tendência atual de alguns estudos afirmarem que nem sempre o bem-estar na velhice está ligado à intensidade das relações familiares ou ao convívio intergeracional.

Um aspecto, contudo, que acompanha esses novos re-arranjos familiares plurigeracionais, está relacionado à responsabilidade econômica intrínseca a essa forma de

organização, na qual se identifica, na maioria das vezes, ser o salário do idoso o provedor principal dessas famílias. Esta afirmação confirma os contextos familiares dos idosos deste estudo, excetuando-se apenas uma idosa, cujo marido também é aposentado, e, portanto, juntos contribuem para a renda familiar.

Alguns autores corroboram essa realidade e afirmam que entre as famílias mais pobres, os idosos contribuem fundamentalmente com o seu rendimento no orçamento domiciliar e que, apesar deste fato, nem sempre são bem tratados pelo familiar (LIMA-COSTA et al, 2003; CALDAS, 2003, 2005; PACHECO, 2005).

Outros aspectos importantes relacionam-se aos idosos residentes de Felipe Camarão e as suas respectivas famílias, como o fato de a maioria ter emigrado da zona rural há mais ou menos entre 20 e 30 anos atrás; são filhos de agricultores que, desde a infância, já acompanhavam seus pais na agricultura. Isto talvez tenha impedido uma educação fundamental, considerando que grande parte desse grupo apresenta um baixo nível de escolaridade_ sete deles sem escolaridade_ ressaltando-se que, dentre os escolarizados, um deles é autodidata. Assim, a opção pela imigração para a cidade urbana muitas vezes, é a tentativa de melhorar e também de evitar o mesmo destino, seu e dos seus pais, para os seus filhos e netos.

Os idosos brasileiros, em grande parte, vivem com um salário-mínimo, sendo seu valor atual de R \$350,00 (ano base 2007), o que é considerado pouco para tender às suas necessidades de consumo. Contudo, por mais ínfimo que seja o salário da aposentadoria, o fato de tê-lo como um direito adquirido, prevalece de certa maneira sobre as demais faixas-etárias, além do que se confronta com o aumento de desempregados _ consequência das atuais mudanças no mundo do trabalho. Em função disso, é que a aposentadoria contribui para que os outros membros familiares também se utilizem desse benefício, ou seja, a aposentadoria dos idosos tem contribuído sobremaneira na manutenção do orçamento familiar e, em algumas situações, vê-se que os familiares permanecem junto à pessoa idosa muito mais pela necessidade de sua própria sobrevivência do que mesmo para protegê-lo, ajudá-lo ou fazer-lhe companhia.

A questão do baixo valor da aposentadoria do idoso é algo já falado há algum tempo, pela mídia televisiva, jornais de grande circulação do Brasil, como também apresentado em estudos acadêmicos e instituições demográficas, como é o caso do IBGE. Porém, quando analisado sob a ótica do idoso, parece haver uma realidade de conformismo.

Segundo Pacheco (2005), os filhos retornam à casa dos pais, algumas vezes sozinhos, outras vezes acompanhados, geralmente desempregados e com problemas

financeiros graves, levando o idoso a se adaptar a esta nova estrutura, embora muitas vezes surjam os conflitos intradomiciliares e intergeracionais.

Entre estes idosos do estudo, encontram-se aqueles que participam das atividades com seus familiares em encontros anuais, principalmente nas datas festivas, como Natal, Ano Novo, aniversários, possibilitando à pessoa idosa encontrar seus entes queridos. Desta forma, apesar de todas as dificuldades que enfrenta junto a Dama, por não estar deambulando, a sua neta afirma:

“Sim, ela participa, principalmente nas festas no final do ano. Às vezes quando ela está triste, os filhos alugam um carro e vão para o interior ver os irmãos. Ela passeia...Diariamente vários filhos e netos vêm, almoçam, estão sempre por perto...Quando os outros filhos não vem ela sente falta” (CRAVO).

Por outro lado, há também os idosos que não saem e que a família não valoriza, ou, algumas vezes, relaciona a situação socioeconômica difícil, diminuindo as chances de maior convivência e interação entre os idosos e familiares. A filha de Boi de Reis e Lírio, apesar de se preocupar bastante com os pais e de diariamente ir à sua casa, declara:

“Todos os filhos se encontram sem se combinar. Tem uma que não tá nem aí. Não fazem nada. Ela (a mãe) tem que ficar e fazer tudo. Isso é muito ridículo. Não é aniversário, ninguém faz festa, nem pra eles. O Natal e o Ano Novo é comemorado no Grupo de Idosos. Dar presente? Passa sem presente” (LIBERTINA).

4.2.1.2. Classe 2: A velhice sob o olhar da família

De acordo com Debert (1999b), durante os anos 1960, duas teorias, a da atividade e a do desengajamento, definiam a velhice como um momento de perdas sociais. Apesar das transformações ocorridas nos estudos sobre o envelhecimento nos últimos 20 anos, a autora revela a importância destas teorias, no momento em que são duas teorias opostas e trazem reflexões sobre o tema. A teoria da atividade enuncia que os idosos são seres ativos e capazes, contrapondo-se aos estereótipos atrelados à velhice, enquanto a teoria do desengajamento revela a pauperização e abandono dos velhos, remetendo a responsabilidade à família, devendo a velhice ser pensada como um processo gradual em que as dimensões social, histórica e biográfica devem ser consideradas como primordiais.

Contribuindo com a temática, Peixoto (1998) revela que na França, durante o Século

XIX, velho (vieux) e velhote (viellard) eram pessoas com mais de 60 anos que não detinham estatuto social, enquanto que aqueles que tinham prestígio social eram denominados de idosos (personne âgée). No Brasil, esse debate acontece a partir dos anos 1960, acompanhando o crescimento da população idosa, que surgindo como problema sócia, e traz denominações para os maiores de 60 anos que se confundem; a denominação de *idoso* corresponde a um tratamento de respeito, por sua vez o termo *velho* tem uma conotação negativa, principalmente quando direcionado para idosos de populações de baixa renda, que, com maior nitidez, apresenta os traços das rugas do envelhecimento. Alguns familiares comparam *o velho à criança*, como também associa *o velho à teimosia* e outros colocam alguns olhares positivos sobre a velhice. Sobre esse tema, veja-se algumas falas destes familiares:

“Eu acho que é virar criança de novo. E teimoso, só faz o que entende....Falei para ele não fazer determinada coisa, e ele faz.. Ontem estava mexendo na tomada e o fio bateu na cabeça. Quando foi mais tarde, ele ficou todo duro, as mãos, os pés e cansado e pediu para ir para o Pronto-Socorro.”.. (BORBOLETA)

“A pessoa volta ser criança de novo. Começa a comer papa, começa a dar trabalho, tem uns que usam fraldas. Apesar de que a minha mãe é independente.. não tem dentes mas come tudo... toma banho só.”.. (PASTORA).

“Ser velho é voltar ao passado. È voltar a ser criança. A mente fica um pouco boba. Admiro muito a velhice. Tem muita gente que não tem paciência e coloca idosos em asilos. Eu não quero isso pra mim, nem pra ninguém. Espero chegar nessa idade e ver meus netos” (LIBERTINA).

Sobre a comparação do estado de ser do velho ao estado de ser da criança, percebe-se haver algum preconceito e mito próprios da sociedade, a qual, através do senso comum, relaciona a figura do idoso ao estado de regressão, levando-o ao seu estado inicial de vida, sem considerar as suas potencialidades ou reconhecê-lo enquanto ser humano com uma trajetória de vida, sabedoria e experiências, ganhos, perdas ou limites.

Elias (2001) refere que a maneira que os idosos dependentes encontraram para se adaptar à sua condição de velho foi a regressão ao comportamento infantil. Segundo o autor, não se sabe se é em consequência de um sintoma de degeneração ou a fragilização, desses idosos, que eles resolvem proceder como se estivessem na primeira infância. Isto também depende de cada indivíduo, da forma como envelheceram e da sua maior ou menor dependência dos outros.

Outro olhar, a respeito da velhice do familiar, foi o de teimosia; alguns os acham-no teimoso, emburrado, fazendo o que bem entende, indo de encontro aos interesses do familiar, como afirma uma das cuidadoras, que tem a seguinte opinião:

“É difícil, é teimosa demais. A pessoa vendo que está errada, só tendo muita paciência...Ela é teimosa, tem problemas, um bocado de coisa Acho que é a diabetes, diz que se sente mal” (Porta Bandeira).

Dentre outras transformações ocorridas na sociedade contemporânea, está a mudança de valores éticos, morais, e sociais, numa intensidade que muitas vezes o idoso não acompanha. A cultura da velhice aparece como um substrato de valores éticos rígidos e centrados em considerações sobre o bem e o mal, ou seja, correto ou incorreto, bonito e feio, novo e velho..., contrastando com uma nova escala de valores. Sobre esta análise, Fericgla (1992, p.35) afirma que “nas modernas sociedades industrializadas ser velho é sinônimo de estigmatização, de proximidade da morte, de miséria material, de enfermidades indesejáveis, de solidariedade cotidiana e de outras realidades igualmente pouco atrativas”.

Segundo Pacheco (2004), as pessoas de idades diferentes não conseguem estabelecer um padrão comum de tolerância, troca e aprendizado entre si, devido terem sido pouco estimuladas as relações entre as gerações nas sociedades atuais.

Mesmo assim, outros familiares vêem a pessoa idosa numa perspectiva mais positiva da velhice, que pôde ser observada em seus semblantes através de expressões faciais e sensações de afeto e respeito, contidas nas palavras verbalizadas pelos cuidadores deste estudo. Uma delas se preocupa muito com os seus pais idosos, motivo que a faz visitá-los diariamente; tendo chorado quando falou sobre a possível morte deles.

Numa das situações familiares investigadas, uma filha, portadora de asma crônica, mora numa edícula na casa dos pais, para estar sempre junto a eles, tendo em vista a proximidade das casas, como também pela satisfação de vê-los diariamente. Na sua fala sobre velhice, expõe:

“Eu acho muito bom, principalmente com minha mãe e meu pai. Respeito qualquer idoso, principalmente meus pais, tem gente que tem preconceito.Eu acho bonito, gente velhinha viveu mais.”.. (Cigana)

Por fim, há os familiares que associam a velhice à doença, ao fato de o indivíduo estar doente há algum tempo, como também por estar com mais idade. Essas colocações são oriundas de olhares sobre a velhice relacionadas ao aspecto senil de um idoso com mais

idade, representado pelo seu aspecto físico. Tais interpretações, pode-se dizer, estão ligadas ao conceito biológico do envelhecimento, tão peculiar das sociedades modernas.

Para Fericgla (1981, p.65),

“o envelhecimento biológico é algo irreversível nos seres humanos, e quando as pessoas mais velhas que compõem esta sociedade aumenta de proporção em relação a outras faixas etárias, reflete o envelhecimento daquela coletividade do ponto de vista demográfico, O que quer dizer que do ponto de vista biológico, o envelhecimento do ser humano começa muito cedo em relação a duração cronológica da vida, e se manifesta em fatos como o progressivo endurecimento de determinados tecidos, o aparecimento das veias, a perda geral da flexibilidade e outras mudanças progressivas amplamente estudadas pela medicina”.

Embora a compreensão que se tenha nessa investigação seja a de que o processo de envelhecimento enquanto fato natural comum a todos os seres humanos, não é homogêneo e desta forma, passa a ter construções relacionadas ao poder, às expectativas dos papéis sociais das pessoas no grupo, às relações de gênero e aos conflitos que fazem parte da vida, podendo encaminhar situações de readaptação, inversão de valores e/ou exclusão (HECK; LANGDON, 2002).

Por fim, há os familiares que associam a velhice à doença, ao fato do indivíduo estar doente há algum tempo, como também, por estar com mais idade. Essas colocações são oriundas de olhares sobre a velhice relacionados ao aspecto senil de um idoso com mais idade representado pelo seu aspecto físico. Tais interpretações, pode-se dizer, estão ligadas ao conceito biológico do envelhecimento, tão peculiar das sociedades modernas.

Para Fericgla (1981, p.65),

“O envelhecimento biológico é algo irreversível nos seres humanos, e quando as pessoas mais velhas que compõem esta sociedade aumentam de proporção em relação a outras faixas etárias, reflete no envelhecimento daquela coletividade do ponto de vista demográfico, O que quer dizer que do ponto de vista biológico, o envelhecimento do ser humano começa muito cedo em relação a duração cronológica da vida, e se manifesta em fatos como o progressivo endurecimento de determinados tecidos, o aparecimento das veias, a perda geral da flexibilidade e outras mudanças progressivas amplamente estudadas pela medicina”.

Embora a compreensão dessa investigação sobre o processo de envelhecimento enquanto fato natural seja comum a todos os seres humanos, o mesmo não é homogêneo e

desta forma, passa a ter construções relacionadas ao poder, as expectativas dos papéis sociais das pessoas no grupo, as relações de gênero e aos conflitos que fazem parte da vida, podendo encaminhar situações de readaptação, invenção de valores e/ou exclusão (HECK; LANGDON, 2002).

4.2.1.3 Classe 3: Familiar como cuidador

A Declaração do México (2000) sobre saúde teve como proposta fundamental o fortalecimento da família através de políticas públicas, no que se concerne em atividades de promoção à saúde. Segundo Seclen-Palacin (2004), a família é o palco cultural onde são adotadas as condutas, estilos e hábitos importantes no processo de saúde, risco e doença. Acrescenta, ainda, que o papel da família é imprescindível e que esta pode trazer impacto positivo ou negativo de saúde sobre seus membros durante todo o ciclo de vida.

Dessa forma, segundo Ramos (2003), a principal fonte de suporte para os idosos ainda é a família, principalmente para aqueles mais pobres e dependentes. Além dos familiares, também outros fazem parte do suporte informal, quais sejam: amigos, vizinhos e membros da comunidade.

Nesta pesquisa encontram-se familiares com grau de parentesco, assim distribuídos: seis filhas, sobrinha, neta, nora, marido e vizinha. As mulheres são as principais cuidadoras, conforme a literatura já a define assim, oito destas mulheres não trabalham e apenas três encontram-se trabalhando, muito embora seja comum, hoje a mulher logo cedo ir para o mercado de trabalho até a fase do envelhecimento para ajudar as finanças da família, o que se observou foi a sua permanência em casa, realizando as tarefas domésticas e cuidando das crianças e dos idosos.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2004) elege a família como principal responsável pelos mais velhos e posteriormente o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) no seu artigo 3º, nomeia, como a obrigatoriedade dos filhos, a responsabilidade pelos cuidados com os pais idosos quando estes, por alguma razão se encontrarem impossibilitados de fazê-lo.

Segundo Fericgla (1992), a família se converte em referência central na vida dos idosos. Estes sentem a necessidade de que a família seja constituída de filhos, netos e que possam ajudá-los no que for preciso, seja em termos emotivos, quando precisam de atenção, carinho, seja para cuidar dos seus bens materiais, eles sempre dependem da estrutura social a

que pertencem. O autor acrescenta que o mesmo não acontece nas gerações de filhos e netos; estes não dão tanta importância aos laços familiares, inclusive desconhecem o peso da tradição de cada elemento na família; ao contrário do idoso, que valoriza veementemente a estrutura familiar.

Neste estudo, como foi descrito anteriormente, os familiares que cuidam dos idosos, são, na maioria, do sexo feminino. Segundo Caldas (2004b), em grande parte dos países pesquisados, a mulher tem sido a pessoa mais próxima a que o idoso recorre, seja uma filha, uma sobrinha, uma neta, como no caso desta investigação. A autora menciona que, tradicionalmente e em diversas culturas, este fato tem acontecido, já que, na maioria das vezes, a mulher ficava em casa cuidando dos filhos e dos velhos; porém, diante das transformações sociais, econômicas, e demográficas ocorreram mudanças desses valores. Este fato decorre da influência da urbanização, com o advento das famílias nucleares em detrimento das famílias extensas e, como consequência, a baixa disponibilidade dos familiares em cuidar dos idosos. Assim sendo a mulher que tradicionalmente cuidava do idoso, também passou a sair de casa, indo em busca de emprego para aumentar a renda familiar, e deixando o idoso sozinho ou com crianças que ficam na sua responsabilidade.

Um outro fato observado em algumas famílias, deste estudo, são os conflitos, existindo em diversos núcleos familiares a presença de filhos desempregados e usuários de bebidas alcoólicas, provocando discussões e que apesar de viverem no mesmo ambiente, não compartilham de forma harmoniosa esse convívio, levando a uma consequente desmantelamento da estrutura familiar, e provocando o isolamento ou maus-tratos à pessoa idosa. Sobre essa questão, uma familiar declara:

“Sou eu, pois os outros bebem e a outra filha não vem nem aqui. Só vem aqui pra pedir. Porque a verdade tem que ser dita... ela não tem filho pequeno, e o mesmo direito que eu tenho ela tem... porque, se eu morasse com outra pessoa, um homem... e morasse dentro de casa da minha sogra...eu ia cuidar primeiro da minha mãe né? Os outros não estão nem aí, se vir no chão nem liga”(Rosa).

Os conflitos familiares coexistem, são visíveis e mesmo velados, algumas vezes são encobertos pelo idoso, como foi o caso de Araruna que não revelou a indiferença do filho que há muito tempo não a reconhece como mãe. Por outro lado a filha Chegança mantém laços de afetividade e respeito para com os idosos e está sempre disposta a ajudá-los, mesmo diante dos tantos papéis concedidos à mulher pela sociedade.

“Sou eu, eu sou filha única, ou seja ela tem outro filho, mas não liga pra ela, não vem aqui. Eu faço tudo, me divido em três, com eles, trabalho, namorado, filhos. Se for meu pai doente, eu mãe cuidamos e minha filha que também ajuda” (Chegança).

Outro aspecto observado e imposto ao idoso, pela sociedade, é o isolamento social quando considerado um fardo pelos filhos que o exclui das relações familiares, Debert (1999a) ressalta que essa condição não expressa a totalidade dos idosos, nem mesmo nos países de capitalismo avançado; contudo, há uma tendência de diminuir, nos Estados Unidos, o número de idosos morando com seus filhos. No entanto, ela descreve ocorrer uma retração entre as relações periféricas, entre colegas de profissão, quer os demais contatos.

Um exemplo típico disso é Pastoril, que se encontra com 84 anos, independente, autônomo, realizando suas atividades de vida diária e os afazeres domésticos, apesar das freqüentes crises asmáticas. A despeito de ter casado por duas vezes e ser pai de 22 filhos, no momento atual tem como sua principal cuidadora Borboleta, que revela:

“ Realmente sou eu. Os filhos só vão lá quando manda chamar. O meu marido também é irresponsável, só vai quando mando. Das noras tudinho, eu sou a única que vou lá. As pessoas não devem ser assim. Porque hoje a gente tá bem, mas nem sempre é assim. Os filhos vêm ai, mas é muito difícil, teve um que veio votar mas nem pisou aí. As filhas moram perto, mas também não vêm “(Borboleta).

Dentre os cuidadores familiares, encontra-se um único do sexo masculino, que, no início deste estudo, estava separado da sua companheira, vivendo com outra no mesmo espaço urbano, na Favela do Fio. A situação era considerada ímpar, pois Coko de Zambê, mesmo separado de Cruzeiro do Sul (vinte e quatro mais velha que ele), dormia todas as noites na casa no intuito de protegê-la e fazer companhia já que a mesma morava num ambiente insalubre. Além desta situação familiar havia outros que perpassavam a essa relação tão conturbada. As histórias relatadas por Cruzeiro do Sul e Coko de Zambê continham sentimentos de mágoa do desprezo e abandono da filha.

“ Eu que faço. O filho também se preocupa. A outra filha mora em Touros, mas não liga pra ela... Só quem trata dela sou eu. Quando morava nas Quintas, a filha a abandonava. A filha só sabia “comer”... Ficava com o

dinheiro dela. Graças a Deus, com aperreio e tudo, tá melhor agora” (Coco de Zambê)

4.2.1.4. Classe 4: Rede de apoio e serviço de atenção à saúde

Falar da saúde dos idosos, participantes deste estudo, não difere do retrato da saúde daqueles do restante do Brasil, cujos principais indicadores de morbidade e mortalidade são traduzidos pelas doenças crônicas característica de uma população envelhecida que acompanha o processo de transição demográfica. Grande parte destes idosos são portadores de pelo menos uma doença crônica, com destaque para a hipertensão arterial, em geral a mais presente, associada com outras doenças, como a diabetes e com aquelas do sistema ósseo, como a artrose, osteoporose e dores articulares e da coluna. E, apesar de estarem convivendo com essas doenças já há algum tempo, todos se encontram com capacidade funcional mantida para andar, (com uma exceção apenas), fazer sua própria higiene, alimentar-se, contudo, apresentam dependência para os afazeres domésticos e necessitam de companhia para o atendimento nos serviços de saúde. São contextos de saúde já anunciados, há algum tempo pela literatura especializada.

Sobre esses aspectos, Veras (2002, p.17) analisa que apesar de serem os idosos usuários de maior demanda dos serviços de saúde, em pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro 82,5% destes não relatam perda de sua capacidade funcional, contudo, 2/3 deles, responderam possuir mais de uma queixa. Trata-se de uma característica importante dos idosos da atualidade, no Brasil, mas, que não deve ser generalizada para todas as regiões e idosos, considerando que a população idosa não se constitui numa massa homogênea.

Sobre Dama, a idosa do grupo que não anda, consequência de artrose nos MMII, há mais ou menos um ano, e das dificuldades encontradas no percurso dessa experiência, relacionadas com o acesso ao profissional especialista, tanto em função de sua condição física, como também em função da demora da referência e encaminhamento dado pela USF, que, na maioria das vezes, não o providenciou de forma efetiva. Além das outras dificuldades, como o deslocamento da sua residência para a realização dos exames, a disponibilidade da neta de acompanhá-la, pois nem sempre pôde sair de casa, em função das crianças, enfim, circunstâncias presentes que, somadas às dificuldades financeiras normais de uma família de

baixo poder aquisitivo, entram e impedem a idosa de exercer a sua cidadania e galgar uma velhice de mais qualidade.

O exemplo, descrito acima, reflete um dos atuais problemas vivenciados pelos serviços de atenção básica em saúde, e que tem em relação à pessoa idosa seus principais entraves para um atendimento hierarquizado e integral. Assim, tem sido uma situação comum observada nos contextos dos serviços de saúde, deste estudo, e indica uma necessidade urgente de uma reestruturação desse atendimento, principalmente no que se refere às questões relacionadas à saúde do idoso.

Segundo Langdon (1995), a doença é um processo experiencial e as suas manifestações dependem dos fatores culturais, sociais e psicológicos que se operam junto aos processos psicobiológico, e a noção de saúde vem como um sistema ligado à cultura, e não como um fenômeno fragmentado. O citado autor também chama a atenção para a inter-relação entre a cultura, a sociedade e a natureza, como determinantes do estado de saúde de um grupo. Por sua vez, o sistema de saúde é concebido como um sistema cultural, de significados ancorados em arranjos particulares de instituições padrões de interações interpessoais.

Simmons e Wolff *apud* Freire (2004) discutem haver necessidade de se avaliar as doenças crônicas, relacionando-as às correlações existentes entre estas e os componentes socioculturais do passado e da situação do doente, considerando-as de tanta importância quanto os aspectos biológicos e, nesse sentido, ressaltam a medicina compreensiva, afirmando ser uma tendência atual na qual, “em vez de se orientar pela doença que o médico tenha que tratar ou, pelo doente que ele tenha que cuidar, se orienta pela pessoa social que contém o doente ou a doença, as quais ele irá tratar” (FREIRE, 2004, p.115).

Para Caldas (2004a), as famílias, principalmente as de baixa renda, necessitam de suporte das políticas públicas, objetivando a melhoria da sua qualidade de vida, pois esses idosos vivem em precárias condições. Desse modo, solicita das autoridades governamentais a implantação de estruturas de apoio para eles e suas famílias, através de parcerias da sociedade civil organizada e estâncias governamentais.

A atenção dos serviços de saúde deixou de ser apenas de cunho individual e passou a ser direcionada para a família, esta que tem um papel primordial no processo saúde doença e é importante que os serviços de saúde o considerem quando for desenvolver intervenções de saúde na população (SECLIN-PALACIN, 2004).

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1998), é importante que o idoso permaneça o máximo possível junto da sua família e na comunidade, de uma forma

mais digna e confortável possível. Dessa forma, o PSF (2001, p.185), no que se refere à pessoa idosa, recomenda observar as modificações físicas e fisiológicas próprias do envelhecimento e as mudanças físicas ocorridas naturalmente, além de informar à comunidade dos riscos que os idosos possam vir a sofrer. Segundo Silvestre e Costa Neto (2003) defender a presença do idoso no domicílio possibilitará uma atenção básica resolutive, integral e humanizada.

A seguir relacionar-se algumas situações de familiares cuidadores, de acordo com as experiências vivenciadas, no dia-a-dia, com a pessoa idosa:

“Eu não os levo no posto porque eles não gostam. Ela não vai ao posto porque que ela não gosta. Não vai para nenhum canto, nem para o Sr. B. “(Libertina).

“O que mais precisa é de cuidados, saber das taxas. Florista não come, comendo farinha, Quando vejo que ela está doente, chamo para ir ao médico, mas ela não quer ir” (Bandeirinhas)

“Quando fica doente prefere ficar em casa, mas quando precisa vai ao posto” (Mestra)

“Quando ele tá doente, ele me procura e vou ao posto, tiro uma ficha e ele vai ao posto comigo ou vai só. Também aviso os familiares que moram longe” (Caterina)

“Às vezes Dra. E. vem aqui, a gente fala com o agente de saúde pedindo uma visita. Quando vai com ela no carro é atendida no posto, ou quando precisa vai ao pronto socorro” (Cravo).

4.2.2. *Corpus II* : O idoso e a velhice na sociedade

4.2.2.1. Classe 1: Vivenciando a velhice

Elias (2001) refere que, nas sociedades pré-industriais, os idosos eram cuidados pelas famílias dentro de um espaço familiar, e o envelhecimento ou a morte tornavam-se públicos, pois todos participavam desses eventos. Porém, apesar dessa estrutura familiar, não necessariamente significava que naquela sociedade as relações entre os velhos e mais jovens

eram amigáveis; por vezes, os jovens tratavam os idosos de forma cruel. Por outro lado, hoje, nas sociedades industrializadas, com alto grau de individualização, as pessoas que estão velhas tendem a permanecer mais sozinhas pelas próprias mudanças estruturais da sociedade e da família.

Ao tentar explicitar o motivo das mudanças do comportamento humano, principalmente no que se refere à falta de afetividade ao processo de envelhecimento, Weber citado por Elias (2001, p. 89) insinua que as pessoas se tornaram mais racionais ou mais sensatas que antigamente, havendo hoje, na sociedade atual, “o desencantamento do mundo”.

Nessa perspectiva, Debert (1999b, p. 42) assinala que nos estudos de Cowgill e Holmes sobre envelhecimento considerou-se que a modernização contribuiu de forma negativa para a participação e status da velhice. Contribuindo nesse debate, Áriès, referendando por Debert (1999, p. 47), afirma que hoje a segregação do idoso se torna maior que a pauperização e a miséria.

De acordo com Fericgla (1992),

“do ponto de vista antropológico, o conceito de velhice à margem da relação direta com a idade cronológica ou natural de cada indivíduo está intrinsecamente determinado pelo processo de produção, pelo consumo de determinadas tendências e também pelos ritmos vitais impostos pela industrialização.”

Trata-se de uma definição da idade da aposentadoria, específica da legislação social de cada país, impondo às pessoas de idade um limite pré-estabelecido para continuar trabalhando, os excluindo forçosamente do mundo do trabalho e, conseqüentemente, de tudo que é possível através desse limite: relações de prestígio social, possibilidade de ascensão e melhoria da auto-estima, referência social, benefícios econômicos superiores aos dos aposentados e outras possibilidades resultantes do trabalho.

A questão da aposentadoria é um fato que permeia os idosos deste estudo, pois, o seu valor é ínfimo para o que eles precisam fazer uso, além de muitos chefiarem as famílias, cobrindo todas as despesas advindas das necessidades básicas com esse valor. De acordo com dados do IBGE (2000), o número de pessoas com 65 anos ou mais responsáveis pelas famílias cresceu 60,8%, entre 1991 e 2000 e, maioria é de mulheres sem parceiro (74,5%).

Por outro lado, dificilmente há possibilidades de os mesmos concorrerem novamente com o mercado de trabalho e melhora sua condição social com exceção de idosos que desenvolvem trabalho por conta própria e conseguem um acréscimo aos proventos.

Os idosos, participantes deste estudo, fazem parte de pequenas famílias ou de novos rearranjos, conseqüência das perdas que se operam ao longo da vida. Em geral, os filhos saem de casa em busca de trabalho; outras vezes vão residir mais distante dos pais; vão para residências longínquas; perdem parentes por morte ou separação de seu convívio diário, como a esposa, a mãe, os filhos. Dentre as diferentes situações encontradas, existem alguns idosos viúvos ou separados, que, pela situação vivenciada, acham-se entristecidos, alguns conformados, mas outros querendo uma nova companheira, como é o caso de Fandango, viúvo há 9 meses, que está à procura de uma nova esposa.

Sobre essa questão, Berquó (1999), afirma existir um desequilíbrio entre o estado conjugal do homem e da mulher idosa; enquanto a mulher idosa permanece viúva, o homem idoso não consegue permanecer por muito tempo sem uma companheira, fato que o leva a ter duas ou três uniões conjugais, às vezes com companheiras bem mais jovens. Trata-se de um aspecto comum no envelhecimento e a maior longevidade das mulheres, é conseqüência das próprias características do sexo feminino como: cuidam mais da saúde do que os homens; biologicamente a fase reprodutiva recebem mais proteção hormonal; e no trabalho, estão menos propensas aos riscos do que os homens, pelas próprias peculiaridades do trabalho desenvolvido por ambos os sexos.

Sobre o estado de viuvez, Fandango e Dama declaram:

“Alegria eu tinha quando minha esposa era viva... Não esqueço dela de jeito nenhum... Me sinto só, tenho insônia... Gostaria de arranjar uma companheira...e quando eu fechar os olhos deixo a minha casa pra ela.”.(Fandango).

“Eu sinto falta, falta do meu marido, dos meus filhos. Vivi 46 anos casados. Vai fazer quatro anos que ele morreu. Ele bebia muito e fumava, adoeceu” (Dama).

Apesar das lembranças, Dama é conformada com a morte do companheiro, e não manifestou o desejo de ter outro marido, diferentemente de Fandango que, apesar de alguns meses de viuvez, pretende casar o mais breve possível.

Parece que a questão de gênero, na sociedade contemporânea, impõe à mulher uma situação de dupla vulnerabilidade, através de dois tipos de discriminação: enquanto mulher e

enquanto idosa, embora alguns autores tendam a olhar a velhice feminina com mais otimismo, achando-a mais suave do que o envelhecimento masculino, na medida em que a mulher não experimenta uma ruptura, em relação ao trabalho, tão violenta quanto à dos homens na aposentadoria (DEBERT, 1994, p.33-51).

Segundo Capitanini (2000), a maior longevidade das mulheres faz com que elas permaneçam sozinhas na velhice, diferentemente do homem que tem mais facilidade de se casar, principalmente com mulheres mais jovens. O autor analisa que a solidão no idoso passa por diversos motivos ao longo dos acontecimentos da vida, através das perdas de amigos, filhos, mães, maridos/esposas, separação de casais, desempregos, ocorrendo este fato em relação aos homens, como às mulheres idosas. Sobre este tema, os idosos pesquisados apontaram diferentes perdas no ciclo da vida. Dentre estes, Araruna e Anjo mencionam:

“Acho que não tenho mais alegrias. Eu fui uma filha muito sofrida... à alegria era quando tinha minha mãe Sempre fui pobre, o primeiro marido judiava comigo, me separei. Peguei minha filha mais nova e fui trabalhar de empregada doméstica.” (Araruna)

“Tem dia que amanheço chorando de felicidade. Sonho com minha mãe.. não tenho mais ninguém na Terra, não tenho mãe, irmão, tudo morto, só tenho minha mulher “(Anjo).

Nessa perspectiva, Capitanini (2000), afirma que a solidão não é um problema da velhice, ela pode acontecer em qualquer idade e em diversos momentos da vida, embora esse sentimento esteja frequentemente presente nos relatos das pessoas idosas, principalmente nas mulheres idosas, nos idosos solteiros, viúvos e descasados, mais do que nos idosos casados.

De acordo com dados resultantes da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (1990) citado por Peixoto (1998, p.81-2),

“As mulheres representam 8,2% e os homens 7,2% da população investigda pelo Pnad; 15% dessas mulheres idosas moram sozinhas, enquanto apenas 8% dos homens são sós. Mas o que agrava essa condição de solidão é que, desses velhos que vivem sós, 60% das mulheres e 52% do homens recebem no máximo, um salário mínimo por mês”.

Dentre outras perdas referenciadas pelos idosos deste estudo, observa-se a lembrança da casa que viveram na infância, principalmente aqueles oriundos da zona rural, já que dos 14 idosos participantes da pesquisa, 13 vieram do interior do Rio Grande do Norte ou da Paraíba (Estado vizinho). SILVA (2001) afirma que as correntes migratórias ocorridas no

Estado do Rio Grande do Norte são sobretudo para a Capital, e dentre as diversas causas, encontram-se a estagnação da economia rural, as relações de mudanças no campo e a facilidade através da expansão das estradas e de diversos meios de comunicação, facilitando o intercâmbio de informações, além do sonho de encontrar emprego e melhores condições de vida na cidade grande.

A vontade de retornar à vida do campo está presente nas suas falas, porém, com todas as mudanças ocorridas nas suas trajetórias de vida, já não há possibilidade de volta, principalmente, às relacionadas às mudanças físicas e fisiológicas que os deixam limitados aos grandes esforços. Outrossim, nem sempre os lugares do passado sobrevivem ao tempo permanecendo como antes.

Um idoso residente na Favela do Fio, Boi de Reis, nascido na cidade de Tangará/RN, que carrega o peso dos infortúnios do cotidiano das regiões peri-urbanas das grandes cidades afirma:

“Quase toda semana dá vontade de ir pra lá... tenho muito conhecido, é mermo que ser tudo irmão meu...sim tenho vontade de morar.... mas a mulher não quer ir não... eu morava nas terras do Major Teodorico Bezerra, era um homem bom..era bom demais pra nós... pró meu pai para minha mãe... nasci e me criei lá.. casei fiquei lá, depois vieram tudo pra aqui, se casaram tudo aqui, aí eu vim embora”...

Nas palavras de Boi de Reis, há nostalgia do passado que parece refletir uma época áurea que necessita ser revivida.

E com relação à moradia, a despeito de encontrar algumas casas em precárias condições de habitação, duas famílias de idosos não possuíam casa própria, fato agravante na manutenção do sustento do idoso, já que estas pessoas, além de pagar aluguel, ainda sustentam a família. Quatro dos idosos são residentes da Favela do Fio, com péssimas condições de moradia, ausência de saneamento básico, presença de drogas, alcoolismo e promiscuidade, portanto, um ambiente de alto risco para o idoso. Contudo, ante a condição social, permanecem sem reclamar, e apenas uma das idosas assume não gostar de residir naquele lugar, e que, se ainda permanece lá é pelo fato do seu companheiro querer ficar.

Desse modo, Cruzeiro do Sul, traduz os dissabores, as incertezas e descaminhos de morar na Favela; através da negação deixa de estabelecer vínculos, ou gerar expectativas positivas pelo fato de não gostar de morar na Favela. Evita conversar com pessoas vizinhas próximas a sua casa, ou qualquer outra ligação de amizade. Só aceitou ir morar, por persistência do ex-marido, para que mesmo separados, ele cuidasse dela; assim, ele a fez

vender a casa que morava num bairro mais distante e investir num pequeno quarto na Favela do Fio. Contudo, ela declara que,

“Gostaria de mudar da favela. Amanheço e só tenho companhia quando ele vem dormir aqui... Depois fico só.. Gostaria de comprar um outro local para morar... Sinto falta da minha casa quando morava na Quintas”..

De acordo com Uchoa et al (2004), o aumento da população idosa no Brasil não foi acompanhado por melhoria das condições socioeconômicas, ou seja, as pessoas estão vivendo por mais tempo sem dispor de recursos para uma melhor qualidade de vida. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios (Pnad) citado por Lima-Costa (2003), demonstraram que entre as mulheres de maior grau de escolaridade, e os que moravam só houve uma melhoria na renda familiar per capita. As regiões, Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram a menor renda per capita domiciliar. Na pesquisa do Pnad (1990), os estudiosos concluíram que os idosos mais pobres têm pior qualidade de vida e maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Contribuindo nesse debate, Peixoto (1998) menciona que as crises econômicas refletem nos valores das pensões e aposentadorias colaborando no empobrecimento da população idosa.

Certamente que os idosos pesquisados expressam o desejo de melhoria de sua condição social, através do aumento do teto da aposentadoria, que é sua única fonte de renda, mas, todos sabem que o aumento vem associado ao aumento do custo de vida. No caso de um casal de idosos, por exemplo, de Anjo e Araruna, ambos desejam comprar uma casa, pois pagam aluguel há algum tempo. De acordo com os mesmos, o dinheiro não dava para as despesas mensais já que o aluguel levava, a metade do salário, Anjo diz que,

“Plano se eu tivesse, seria um dinheirinho para prevenir. Quero uma casa.. tem uma no Vale Dourado, já conhecemos, mas parece que não vai dar certo.”

Por sua vez, Lapinha, que teve uma situação econômica melhor quando seu esposo era vivo, pois o mesmo foi proprietário de um açougue, teve sua renda familiar sensivelmente diminuída e conseqüentemente o seu padrão de vida. Recebe uma aposentadoria de um salário-mínimo para sustentar a si, dois filhos e dois netos. Dessa forma admite:

“Gostaria de ter muita coisa boa, que gosto... mas, as condições não dá...gostaria de ter uma situação financeira melhor para ter uma velhice mais tranqüila...era o que eu desejava” (LAPINHA).

Em outra perspectiva e reportando-se às políticas públicas, principalmente no que se refere ao salário da aposentadoria,. Lírio declara:

“Nesse mundo que nós estamos? Onde ninguém está nem aí pra gente, não acredito em melhora não. Vejo a velhice tão desassistida, pela própria família. Principalmente o agricultor... o salário do aposentado é muito pouco.Os governantes não olham para os idosos”.

Segundo Peixoto (1998), a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado em 1966, resultando da unificação de todos os antigos institutos, as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPS), os Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPMs) e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) dos Funcionários Públicos, porém, mesmo com a criação do INPS, três categorias foram excluídas; os agricultores, empregados domésticos e os trabalhadores autônomos, adquirindo esses direitos nos anos 1970. Somente em 1973 criou-se a aposentadoria para as pessoas na faixa etária de 65 anos para os homens e 60 anos para as mulheres e uma renda mensal para aqueles de 70, anos correspondendo a 60% do salário-mínimo, porém, somente com a Constituição de 1988 o valor da aposentadoria dessas pessoas passou a ser um salário-mínimo.

De acordo com a autora, o ciclo de vida é reestruturado nas sociedades industriais a partir da criação da aposentadoria; dessa forma, a infância e a adolescência são as fases correspondentes às pessoas que estão em formação; à idade adulta, ao tempo de produção, e, por último, a velhice, a o tempo de não mais trabalhar., ou seja, as pessoas aposentadas, que deixam de produzir, independentes da idade, são consideradas velhas.

Segundo Uchoa et al (2004), o envelhecimento é diferente em cada sociedade, em cada indivíduo e modifica-se de uma geração a outra. Dessa maneira, a velhice e o envelhecimento devem estar inseridos em contextos sociais e culturais específicos, e constituem objeto da reflexão da antropologia. Na tentativa de explicar a situação dos modelos culturais em cada sociedade, Arcand (1989), citado por Uchoa et al (2004, p.27), exemplifica essa situação através da população indígena da Colúmbia, os Cuiva, que negam o envelhecimento pois ao determinar na sociedade os ideais de igualdade e homogeneidade evita algo que possa levar ao caos social. A autora acrescenta que o envelhecimento não é algo a que o indivíduo se submeta passivamente; pelo contrário, o indivíduo reage com base nas suas referências pessoais e culturais.

Tais reflexões tornam claro que as situações de velhice, descritas neste estudo, senão similares, apresentam semelhanças com as vivenciadas pelos idosos entrevistados. Alguns destes idosos apresentam perspectivas de futuro planejado, mesmo tendo a crença de ser um plano pequeno, desvalorizado. Existem, todavia, aqueles que afirmam não ter planos, porque estão velhos e se negam a ter esse direito na finitude da vida.

Reconhece-se, hoje, que uma velhice saudável, com a manutenção da capacidade funcional e cognitiva e razoável condição social são condições necessárias para o enfrentamento de outras situações, como a doença, a solidão e até o isolamento social, aspectos estes pouco presentes nos idosos deste estudo, o que, de certa forma, tornam-se fatores determinantes para uma velhice tranqüila.

Dentre os desejos mais citados dos idosos da pesquisa, alguns deles ressaltam situações alguns que independem de suas vontades, como, por exemplo, o fato de Florista, viúva há 9 anos, que não gostaria que a sua sobrinha tenha o mesmo destino que ela_ o de permanecer viúva na velhice. A sobrinha, ainda jovem e com dois filhos menores, recentemente ficou viúva. Florista comenta:

“Mulher, eu tenho mais planos com essa idade? ... Os planos é ter saúde, comida em casa e minha sobrinha encontrar alguém para casar, para criar os filhos... Sinto falta do meu marido”...

Um outro fator referido, por Florista e por outros idosos da pesquisa, é a falta de perspectiva do amanhã, já que o fato de estarem na velhice parece não lhes permitir realizar planos para o futuro, como se tudo fosse terminar. Esse sentimento de finitude estava presente em muitas falas dos entrevistados, porém, no decorrer da pesquisa, esses mesmos idosos revelaram os seus desejos para o futuro, como foi o caso de Florista.

Vejam-se alguns depoimentos de outros idosos:

“Mulher nessa idade que já tô? Nesse mundo que nós estamos....Acredito que tinha paz no tempo da minha avó. Não, não tenho planos. Não posso, sem dinheiro não posso fazer nada. Nessa idade não posso fazer nada”
(Mestra)

“Eu já estou idosa.... Não tenho mais o que fazer na vida” (Cravina).

De acordo com Debert (1999a), durante o século XIX a velhice foi tratada como a etapa de vida de perdas e incapacidades, levando a um conjunto de imagens negativas a ela

direcionadas, ou seja, a partir da industrialização, os idosos, que antes eram valorizados e respeitados pela família e comunidade, passaram a uma “existência sem significados” (BURGUESS, 1960 *apud* DEBERT,1999a).

Esta tendência, ainda que bastante presente na sociedade contemporânea, começa a tomar novos rumos através da idéia de que esse período da vida é propício para novas conquistas e projetos, antes adiados pela responsabilidade da criação dos filhos, buscando uma satisfação pessoal e um entrelaçamento com os jovens e mais velhos. E novas formas de socialização e gestão da velhice surgem nesse contexto, como a Universidades da Terceira Idade (UnATI) e os grupos de convivência de idosos, abrindo espaços para aumentar os debates e reflexões sobre o envelhecimento, muito embora ainda seja muito forte a imagem negativa do idoso no imaginário da população, incluindo os próprios idosos (DEBERT,1997).

Contudo, essa não parece ser a realidade de velhice dos idosos dessa investigação, cuja condição social é mínima, com metade deles ainda sem escolaridade e tendo ainda dois deles sonhando com a casa própria na curva descendente da vida. Ressalta-se então que a velhice não é homogênea e que cada contexto sociocultural deve ser olhado com cuidado. Os sonhos e desejos destes idosos parecem que se dissolvem nas nuvens do envelhecimento.

4.2.2.2. Classe 2: A velhice sob a ótica dos idosos

Segundo Oliva (2006), a velhice é diferente nas diversas sociedades, desde o início da história da humanidade, além das diferenças dos velhos de uma mesma sociedade. De acordo com a autora, para os filósofos gregos, a velhice se apresentava de uma forma contraditória; enquanto uns valorizavam-na, outros a desprezavam, citando como exemplo Platão e Aristóteles. Durante a Idade Média poucos chegavam à velhice devido às péssimas condições sociais, e os que conseguiam tinham menos valor que o restante da população. Porém, a Igreja acolhia os idosos em seus hospitais, dando-lhes abrigos.

Expressões como “a velhice é a máscara da morte”, idealizada durante o Renascimento (século XVI), e “a velhice é a porta da morte e da eternidade”, conferida por Bois citada por Oliva (2006, p.7), concebem a imagem negativa que a sociedade impõe à velhice.

Sobre as várias falas descritas pelos idosos deste estudo, identificam-se formas distintas de se viver a velhice, conseqüência natural de sua heterogeneidade, apesar de coabitarem um mesmo espaço social, e mesmo tendo algumas condições relativamente parecidas, existem considerações únicas de cada um, em seus contextos de vida, nas relações familiares e na sua relação com o mundo.

O fato de ser velho também aparece como problema para os idosos deste estudo; alguns falam claramente não gostar da velhice e procuram se manter o máximo vaidoso até o fim do envelhecimento. Como exemplo, cita-se Cruzeiro do Sul, 73 anos, moradora da Favela do Fio, bastante simpática e vaidosa, tendo mostrado objetos de maquiagem: blush, batons, pós, sombras, além de perfumes e desodorantes. Gosta de estar sempre maquiada, perfumada e bem arrumada. Diz gostar de coisas boas e mostrou um tênis branco e rosa, o preferido, usado para ir ao Banco, em outro bairro no centro da cidade, receber sua aposentadoria. Cruzeiro do Sul admite:

“Agora, sim! Eu tenho o maior horror quando alguém me chama de velha...Eu respondo... Dê Graças a Deus e feliz aquele que ficar velho”.

Noutros depoimentos, a maior ênfase dada à velhice está ligada a uma imagem negativa, que seria o momento da quietude, do desprezo, algo maléfico, sem perspectivas. De acordo com as falas destes idosos, veja-se:

“É triste a velhice não espero mais nada” (Cravina)

“Significa coisa ruim, quem vai deixar a mocidade pela velhice? O moço vai para todo canto, o diabo velho não vai para canto nenhum” (Anjo).

“Daqui pra frente é envelhecer. A velhice não tem futuro” (Araruna).

“A velhice não é boa, não tem quem cuide dela” (Diana).

Verificou-se, além da visão negativa, idosos que estabeleciam um sentido da velhice através do conformismo, acreditando que não há mais por que lutar contra as adversidades que lhes são impostas pela sociedade. Goldeistn e Siqueira (2000) afirmam que no contexto da sociedade brasileira, alguns idosos vivenciam a velhice de uma forma inovadora, prazerosa, viajando, freqüentando as Universidades da Terceira Idade. Porém, é bom repetir que nem todos têm essa oportunidade, pois o Brasil é um país marcado por desigualdades

sociais, enfrentando dificuldades socioeconômicas, dentre as quais, o alto índice de desemprego, baixos salários e baixas aposentadorias, péssimas condições de moradia, como também pessoas que passaram por todo o tipo de atribuições durante o seu ciclo de vida e, na velhice, vivem-se a continuidade deste desmando. Segundo as autoras, nesse caso, quando se chega à velhice, os idosos serão “vítimas de dupla discriminação – a da idade e da pobreza-que aprofunda sua exclusão” (GOLDEISTN; SIQUEIRA, 2000, p.117). Dessa forma alguns idosos referem:

“A gente tem que se conformar com tudo que Deus quer. Não é boa não, às vezes reclamo, me lastimo, mas às vezes me conformo” (Dama)

“A gente já viveu muito...Chegou a minha velhice, eu não vou reclamar... Chegou o ponto que tem que ser velha....me conformar “ (Mestra)

Quando não, a velhice é vista pelo idoso de uma forma paradoxal, ou seja, em faces opostas, e, dependendo do seu contexto, é que se pode exemplificar com Estrela do Norte, mulher de 61 anos, aposentada, com história de transtorno mental, e que tem em suas mãos o controle da vida da filha e netos. Ter projetos de vida, mesmo atravessando algumas adversidades, leva essa mulher à convicção do seu papel na esfera familiar. Segundo Barros (1998), ao analisar as mulheres na velhice, ele revela que a mulher que consegue adentrar na velhice apta a aprontar um projeto de vida, estará colocando em prática a sua liberdade de escolha, possibilitando maiores alternativas na sua velhice. De acordo com Estrela do Norte,

“a velhice tem várias caras: feliz ou aperreada, sofrimento, idosos matratados. Eu vivo á vontade, sou feliz e digo: você quer tudo, nem tudo pode ter....Aqui rezam pela minha cartilha”.

Alguns idosos se colocam sobre a velhice na perspectiva do processo saúde-doença. Ferreira (1994) destaca que o corpo é um reflexo da sociedade; a ele se aplica sentimentos, discursos e práticas da vida social. É no corpo que se atua o processo de saúde ou de doença do indivíduo, sendo um momento de interpretação dada por códigos específicos na relação médico/paciente.

Pastoril, nos seus 84 anos de vida, portador de asma crônica e criando passarinhos por toda sua casa, para ajudar ao seu filho desempregado, declara:

“Tá boa demais, só peço saúde, pois com saúde posso trabalhar e zelar pelas coisinhas que tenho.É que tendo saúde, tenho tudo. A minha riqueza é a saúde... sou pobrezinho, mas tenho saúde tenho tudo”...

4.2.2.3. Classe 3: Enfrentando a doença

Segundo Belingüer (1978, p.52), as doenças são conseqüências da forma como o homem relaciona-se “com a natureza, através do trabalho, da técnica e da cultura” e de relações sociais determinadas, ou seja, as doenças se diferenciam em sociedades e épocas distintas. Corroborando o autor, Queiroz (2003) acrescenta que a saúde e a doença dependem da relação do próprio organismo e deste com o seu contexto sociocultural.

Os idosos desta pesquisa recorrem a diversos meios de ajuda capazes de exercer uma ação curativa, no que se refere às doenças. Frequentemente, eles buscam, em primeiro lugar, o atendimento médico, seja através do Agente de Saúde, indo diretamente à USF, ou, em casos de urgência, dirigindo-se ao Pronto-Socorro local.

Muitos deles mantêm-se com a terapêutica medicamentosa e os medicamentos utilizados em geral são alopáticos, por vezes prescritos por médicos, mas a maioria das vezes são adquiridos diretamente na farmácia, ou através de empréstimo de vizinhos, meios utilizados em virtude da facilidade do acesso e por não gostarem do atendimento da USF, como indicaram alguns dos idosos entrevistados. Percebe-se, contudo, que há uma credibilidade muito grande, e porque não dizer *fé*, com relação à procura pela farmácia do bairro, fato que, mesmo havendo outras alternativas para alguns, todos referem-se, em algum momento, à farmácia.

De acordo com Queiroz (1991), estudos sobre representações de saúde e doença com farmacêuticos de Paulínea/SP e apontaram que na ausência do médico, esse profissional é o principal agente de informações sobre medicina e medicamentos prescritos no diagnóstico das doenças. O autor acrescenta que o aumento da indústria de medicamentos restringe o papel do farmacêutico a um mero vendedor de balcão, diferentemente daquele que detinha o poder de cura reconhecido pela população. Segundo Boi de Reis, que não gosta de ir ao Posto, sempre que precisa procura o farmacêutico, no bairro vizinho e diz:

“A minha saúde Graças a Deus é até boa. Sinto uma dorzinha no espinhaço....Quando fico doente vou ao Seu B.(dono de farmácia), pois quando vou ao Posto sou mal-atendido....Seu B. passa um remédio bom, e tamos conversado! Ali dar remédio bom!”

De acordo com Adam e Herzlich (2001), saúde e doença são a linguagem do indivíduo relacionando-se com o social. Na sociedade moderna, a doença passa a ser interpretada como uma relação de conflitos entre os seres humanos e o ambiente social como

um todo, diferentemente das sociedades tradicionais, em que causas das doenças estavam ligadas às relações em uma determinada comunidade, ou em pessoas com o sobrenatural.

Para Cruzeiro do Sul, quando procura soluções para suas doenças ou mal-estar utiliza-se dos mais variados tipos de agentes de cura: o farmacêutico, vai ao Posto ou Pronto-Socorro em caso de urgência, como também utiliza a medicina caseira através de diferentes chás, principalmente aqueles denominados de calmantes. Segundo ela:

“Tenho doença dos nervos...Tem vez que choro, só falto me acabar...tenho tomado chá de erva-doce, camomila, laranja... Sempre vou ao Seu B. e compro remédios, estou sempre me tratando...s Procuro o Pronto-Socorro,o posto e o farmacêutico” (Cruzeiro do sul).

Apenas um dos idosos utiliza a religião ou a fé em Deus no enfrentamento dos problemas de saúde. Anjo tem artrose nas pernas, sente muita dor e tonturas, e afirma que a fé que tem em Deus, é a melhor terapêutica para resolver os seus problemas de saúde.

“Eu vivo pelo domínio de Deus. É ele que dar a todos nós. Eu me socorro de Deus...as orações estão sempre presentes todos os dias. vejo e ouço vozes, vejo anjos....converso com árvores.... alguns me acham Santo...Eu curava com um livro, mas desapareceu, me roubaram esse livro”(Anjo)

Frankl (1989, p.282) mencionado por Negreiros (2003b), afirma que a espiritualidade é um valor que dá rumo à vida e suscita esperança, algo desejável na maturidade do ciclo vital. Nessa perspectiva, Goldstein e Néri (1993) indicam que religiosidade e espiritualidade aumentam com o avançar da idade e que estão presentes na grande maioria das pessoas idosas.

Contudo, apesar da religião não ter sido tão enfatizada pelos participantes do estudo, como prática de ir a igreja, frequentar os templos e praticar os rituais religiosos, observa-se que a fé num ser supremo aparece sempre no cotidiano dos idosos desta pesquisa, seja em forma das imagens dos santos cristãos, encontradas nas casas visitadas, seja no uso da palavra Deus, durante as entrevistas, sempre que se referiam a algo que almejassem ou mesmo para agradecerem, ou mesmo nas orações, preces ou em romarias a Padre Cícero, Juazeiro/CE.

Nesse sentido, Durkheim, citado por Minayo (1998, p.62), afirma que

“A visão religiosa é a própria substancialização da organização social, sendo o culto a Deus não mais que um culto disfarçado às sociedades que o indivíduo depende”.

Dessa forma, a doença passa a ser interpretada como “benção-meios” reordenando o universo da pessoa ou da sociedade em situação de caos.

Para o idoso Anjo de 84 anos, observa-se, através de sua fala e seus gestos, uma forte religiosidade, ao se referir aos seus poderes sobrenaturais, informando que tem visto anjos, sonhado e conversado com sua mãe, o que, para algumas pessoas que residem nas proximidades da sua casa e o conhecem, o consideram um santo. Frequentemente lê um livro que adquiriu há muito tempo sobre histórias bíblicas; é um livro amarelo, que, de acordo com ele, tem emprestado bastante, pois as pessoas vêm procurar. Refere ainda conversar com árvores e que algumas vezes se sente flutuando. Houve um tempo que curava as pessoas através de um livro, mas o roubaram e, desde então, não tem realizado curas. Segundo Minayo (1998), as pessoas devotas se auto-atribuem alguns poderes sobrenaturais e referem para si e para o seu grupo o poder de alterar o mundo natural das coisas, lugares, objetos.

4.2.2.4. Classe 4: O Cotidiano do Idoso

O cotidiano de pessoas idosas, de acordo com os antropólogos, tem sido o melhor caminho para se identificar parâmetros que se constituem na vida dos idosos de nossas sociedades. Fericgla (1992) afirma haver dois elementos predominantes que se identificam na vida cotidiana de idosos, que são: a solidão e a indiferenciação cronológica, mais presentes no homem, a partir da aposentadoria, quando ele começa a perder sua função vital para a qual foi treinado ao longo da vida e, a partir desse momento, tem que deixar de exercê-la. Em consequência, as mudanças advindas determinam uma nova rotina para o aposentado, que envolve desde os novos horários para acordar, levantar e dormir, ou seja, as seqüências temporais de organização dos indivíduos, que incluem os fins de semana sem obrigações, programas dedicados à família e aos amigos, toda esta ordem cronológica perde seu sentido após a aposentadoria do indivíduo. Trata-se de uma circunstância que traz lacunas para a vida do idoso e, na maioria das vezes, dá-se início ao sentimento de solidão que, associado ao rearranjo familiar, gera esse isolamento como um dos mais presentes no cotidiano do idoso.

O cotidiano definido por Certeau et al (2002), é tudo o que acontece na vida diária, desde os primeiros momentos do dia, quando se acorda, na maneira como se vive e as dificuldades que se enfrentam na vida, ou seja, “é o peso da vida.... ou, de viver nesta ou noutra condição, com esta fadiga, com este desejo... É uma história a meio-caminho de nós mesmos quase em retirada, às vezes velada”.

Descrever o cotidiano dos idosos é relembrar os vários dias em que pesquisadora os visitou e os ouviu, muitas vezes entre seus familiares, e nos quais pôde compreender cada desejo incontido, cada alegria revelada, ou a tristeza aparente, às vezes confirmada outras vezes não. Também pôde a identificar as dificuldades de moradia em lugares insalubres, perceber as marcas do tempo em seus rostos e lembranças de um passado e de pessoas que não mais fazem parte do hoje, de ver a fé estampada em cada parede através dos quadros de santos, como também da relação entre eles e a Unidade de Saúde da Família, muitas vezes prazerosa outras vezes de desencontros...

O cotidiano dos idosos, aqui descritos, é aquele próprio de uma sociedade contemporânea, de baixo poder aquisitivo, em região pouco desenvolvida do Nordeste do Brasil. As peculiaridades destes contextos, específicos de cada um deles, embora não devam ser generalizados, apresentam algumas semelhanças.

Dos 14 idosos participantes, uma idosa se encontra sem deambular, devido à artrose e a artrite em seus MMII há mais ou menos 6 anos, e há um ano sem andar, descrevendo que os seus dias são vividos entre um sofá na sala e a cama à noite para dormir. Além dela, há um idoso que anda com dificuldades, também devido à artrose moderada no seu joelho; outra idosa que, por ter osteoporose, teme andar sozinha ou dirigir-se à rua, pela própria instabilidade dos seus membros inferiores, como também por ter sofrido quedas por diversas vezes. São situações crônicas relativas à saúde, que interferem na deambulação do dia-a-dia do idoso, impedindo-os de realizar atividades de lazer, estas pouco presentes no seu cotidiano. Ou seja, suas caminhadas se resumem a ida ao Posto de Saúde ou farmácia, feira, casa dos filhos, permanecendo em casa a maior parte de seu tempo. Outros idosos, mais independentes, caminham, realizando suas atividades com algumas restrições; no que confere ao lazer, pelo fato de saírem pouco de casa acabam assistindo TV, ouvindo rádio _noticiários ou música _ ou, utilizando o tempo em atividades domésticas leves, ou dormindo.

Lírio, comenta:

“Varro casa, lavo a roupa, cozinho, tudo isso eu faço diretamente. É difícil eu sair... O mês passado foi que viajei para o interior... Quando cuido das

coisas e estou despreocupada um pouco, me deito um pouco... Ligo rádio, escuto as mensagens evangélicas, apesar de ser católica....gosto de escutar jornal...acho bom....Gosto de ver jornal, da Patrulha, acho bom”...

Também verificou-se que mesmo aposentados, alguns ainda têm outra atividade de trabalho: um idoso vende pneus de carro-de-mão nas feiras livres, e uma idosa conserta bonecas de plásticos para sua filha vender nas feiras livres do bairro, da própria cidade e do interior; e uma outra que lava roupa às quartas-feiras para melhorar o orçamento doméstico, pois, não tendo aposentadoria, diz que gostaria de ser empregada doméstica mas, segundo ela, na sua idade é difícil ser contratada para tal tarefa. Esta última situação é de Araruna, que tem 62 anos, não é aposentada e declara em sua fala o desejo incontido de trabalhar para ajudar no sustento da sua família,

“Toda quarta-feira vou lavar roupa....Comecei a trabalhar desde os 9 anos... Eu acho que o povo não me quer porque estou velha”.

A partir do processo de industrialização, evidenciou-se a dicotomia entre o papel do homem provedor, portanto, do mundo do trabalho e do espaço público, enquanto a mulher se destinava ao papel de reprodução e do espaço privado, sem remuneração. Nazareth (2003) refere que mesmo com as mudanças da inserção da mulher no mundo do trabalho, ainda persistem as diferenças socioeconômicas e culturais entre as próprias mulheres, pois, nas camadas populares, o trabalho feminino passa por diversos entraves, seja por falta de profissionalização, baixa escolaridade, seja por não ter com quem deixar os filhos, levando-as a empregos de baixa remuneração.

A necessidade de a mulher trabalhar para complementar o orçamento familiar chega até a velhice, submetendo as mulheres idosas aos riscos decorrentes do trabalho no que se refere à saúde, funcionalidade, proteção e integração social, uma vez que ela é física e socialmente mais frágil que o homem (NERI, 2001). Por outro lado, mais da metade das aposentadorias são destinadas às mulheres idosas, principalmente da zona rural, sendo elas as responsáveis pelo sustento da casa e dos seus familiares (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2004). Os autores revelam que os proventos da aposentadoria têm sido de grande importância para as mulheres idosas, muitas delas viúvas ou separadas, possibilitando sustentar a si e aos seus familiares, além da sensação de liberdade em poder conduzir o seu próprio destino.

Para Boi de Reis, aposentando, tanto para ele como para sua esposa, o trabalho é o momento de sair de casa, ocupar seu tempo e conversar com outras pessoas que não são do seu ciclo familiar, além de ajudar na renda familiar,

“Trabalho nesse negocinho de carro-de-mão... aprendi a ajeitar sozinho. É só o serviço que faço.... antes fazia muita coisa....juntava lixo. Aos domingos vou a feira da Cidade da Esperança para vender pneus de carro-de-mão”.. (Boi de Reis).

Dentre aqueles que não trabalham na esfera pública e realizam atividades domésticas, o discurso de Diana traduz, de certa maneira, o dia-a-dia desses idosos, principalmente das 10 mulheres da pesquisa.

“Eu trabalho tanto, passo o dia cuidando da casa. Quando Rosa tá aqui, cuida da casa, mas ela também tem uma filha e precisa trabalhar...Tudo é eu, se é pra resolver o problema sou eu, se é para comprar sou eu...Vou deixar e buscar a menina no colégio” (Diana).

Certeau et al (2002) assinalam que em diferentes culturas, na história da humanidade, houve distinção dos trabalhos entre os dois sexos: “os ritos de iniciação, os regimes alimentares que dependem da ordem cultural” e local e podem ser mudados.

Dentre as causas apontadas sobre a feminização da velhice estão a longevidade das mulheres, ligada à genética (proteção vascular pelos hormônios); e ao que se refere ao seu tilo de vida, elas são menos agressivas; estão em menor exposição aos riscos de trabalho; são mais cuidadosas quanto ao aparecimento das doenças e procuram os serviços de saúde o mais breve possível (SILVESTRE et al, 1996; GOLDSTEIN; SIQUEIRA, 2000).

A vida social dos idosos, desta pesquisa, passa pela solidão, na maioria das vezes. São idosos que, em geral, permanecem em casa sozinhos; algumas vezes pelo próprio desejo, outras vezes por não ter condições socioeconômicas de viajar ou de ir a algum lugar específico; e também por apresentar problemas de saúde que os impedem de andar ou de sair sozinhos. As mulheres deste estudo, em maior número em relação aos homens, são freqüentadoras dos Grupos de convivência e Grupos de igrejas, possibilitando-lhes uma maior sociabilidade.

Sobre esse tema, Debert (1997) discorre que, com o surgimento da chamada *Terceira Idade*, iniciou-se um conjunto de iniciativas de instituições públicas e privadas direcionadas a este grupo populacional, os denominados grupos de convivência, Escolas

abertas e Universidades da Terceira Idade, no intuito de revelar uma nova concepção da velhice. No Brasil foram implantados estes grupos na década de 1960, através da Legião Brasileira de Assistência (LBA), atualmente extinta, e do Serviço Social do Comércio (SESC) e mais recentemente, as Universidades da Terceira Idade. Apesar de agruparem pessoas da mesma faixa etária, os perfis socioeconômicos os diferenciam; as Universidades são freqüentadas por pessoas de maior poder aquisitivo e educacional, enquanto que no SESC estão presentes, em maior número, os idosos das classes populares.

Florista comenta:

“Passo o dia assim...Cuido das crianças...Vou à Igreja Santo Antonio ou ao Posto e na casa da minha irmã... E freqüento o grupo de idosos lá no Conselho... A vida a gente tem que viver.... Tenho a vida boa, muito feliz... ajudo a minha sobrinha”...

Lapinha vai sempre para a praia de Búzios.

“Tenho uma filha que mora na praia de Búzios e ela vem sempre me buscar... quando fico doente ela me leva ao médico... meus momentos de alegria é quando viajo e desapareço”.

Neste estudo depara-se com diversas situações em que os idosos _ em especial a mulher idosa _ além de sustentarem todo o grupo familiar, também, por muitas vezes, ficam cuidando dos netos, sobrinhos, e filhos alcoolistas. Como citado anteriormente, muitos filhos retornam às casas dos pais após separações dos cônjuges e, alguns deles, desempregados, levam consigo os filhos, que são acolhidos pelos pais, agora já idosos e apresentando algumas necessidades básicas, que serão deixadas de lado, para ajudarem os filhos e netos. De acordo com Pacheco (2004), os pais não conseguem negar essa ajuda, passando a se culpar pelo fracasso social e financeiro dos filhos, muitas vezes ficam entristecidos e ou revoltados.

Diana confessa:

“Tenho muita tristeza, dois filhos que bebem estão estirado, o outro passou três dias e apareceu agora... Fico muito nervosa.... acho que meu problema é no sangue”.

Porém, algumas vezes, esta convivência passa a ser prazerosa, servindo de companhia e de ajuda mútua.

Florista, declara:

“Cuido das crianças...Quando Bandeirinhas não está em casa, faço a comida...Ajudo a minha sobrinha, ela ficou viúva, mas morava num lugar esquisito no bairro do Planalto.. Gosto de ajudar... ajudei muita gente em São Paulo”.

Cravina cuida do seu irmão, também idoso, porém fora do seu espaço domiciliar pois ele mora noutra cidade. Mas quase diariamente vai até sua casa, apesar de ter um marido portador de transtorno mental, como consequência do alcoolismo.

“Cuido do meu irmão, mas sempre fico preocupada quando meu marido fica em casa sozinho...Vou sempre tirar ficha no Posto São João para meu irmão, eu também tenho prontuário lá”.

Segundo Sommerhalder e Nogueira (2000), certos momentos da vida demarcam o início do envelhecimento, seja com a chegada dos netos, a perda de amigos, a aposentadoria, o sentimento de solidão ou de exclusão no grupo social. Este momento pode acarretar insegurança. Os idosos deste estudo referiram em alguns momentos sentimentos de felicidades com algumas características peculiares, inclusive com a negação da felicidade. Um deles é estar junto ao grupo familiar. Outros porém ligam a felicidade a estar bem de saúde; algumas vezes chegaram a comparar doença com envelhecimento, ou vice-versa, pois estando com saúde não importa ser velho, não se considera velho.

Eis algumas falas:

“Vivo tão passada, alegria é ver minha família perto de mim (Mestra).

Só quando estou com meus filhos... Quando vejo todos, fico contente, fico alegre.. O que demora a vir aqui é o de Pureza” (Dama).

“Os meninos próximos, bem e com saúde... se o pai estiver com saúde, também fico feliz... A minha maior riqueza são meus filhos... Para a vida melhorar gostaria de emprego para meus filhos e noras” (Lírio).

“Quando gozo saúde. quando estou com os amigos. quando vejo minha irmã bem, quando todos estão bem, ajudei muita gente em São Paulo. gosto de ajudar” (Florista).

“E a saúde. Você já viu uma pessoa sem saúde ter alegria? As vezes amanhece alegre, outras vezes sinto tristeza com as dores que sinto no corpo.

Se eu tivesse bem de saúde faria algo para trabalhar. Espero pela ajuda de Deus e de algumas pessoas” (Anjo).

“Quando não estou cansado, fico alegre.Tenho que ficar feliz. Sinto muito cansaço, agoniado, mal-estar... A pessoa quando tá na idade tudo chega” (Pastoril).

Para Araruna, não existe felicidade, pois a sua estava ligada ao desejo de estar junto a sua mãe, sua vida foi perpassada pelos sofrimentos.

“Acho que não tenho mais alegrias... Eu fui uma filha muito sofrida.. a alegria era quando tinha minha mãe...Sempre fui pobre, o primeiro marido judiava comigo, me separei. Peguei minha filha mais nova e fui trabalhar como empregada doméstica....Quando a pessoa fica nessa idade não gosta de nada” (Araruna)

Contrapondo a fala de Araruna, surge Estrela do Norte que, mesmo passando por diversos problemas, seja do tipo econômico, de moradia ou da saída do filho para outro Estado, ela declara:

“Nasci rindo e apesar de muito problemas ultrapasso a tudo. Sou muito feliz, graças a Deus. Principalmente agora que as coisa estão se ajeitando...Tenho tudo nas mãos, netos crescendo e estudando e posso ajudar a minha filha “(Estrela do Norte)

4.2.2.5. Classe 5: O idoso e os serviços de saúde

Os idosos deste estudo habitam na área territorial adstrita da USF Felipe Camarão II e aqueles com condições físicas agendam as consultas diretamente no arquivo de acordo com a necessidade, seja com médico, dentista, enfermeira, ou qualquer outro atendimento que a USF ofereça. Já aqueles impossibilitados de se dirigir à USF para a realização da consulta equipe é comunicada e deverá assisti-lo no seu domicílio.

A implantação do Programa de Saúde da Família, como modelo de atenção a saúde da população, que teve o objetivo de melhorar o acesso da população dos serviços de saúde, priorizando o domicílio, configura-se como uma excelente estratégia de estratificação de risco

e de identificação do idoso fragilizado, minorando as dificuldades do mesmo em conseguir assistência adequada aos seus problemas de saúde. Dessa forma, este modelo de atenção é capaz de desenvolver ações preventivas, no plano primário e secundário de saúde (VERAS, 2002). No entanto, a sua estrutura organizacional ainda não é suficiente para atender a demanda de idosos presentes nos serviços básicos de saúde. Porém, se por um lado falta mais capacitação dos profissionais e um atendimento mais humanizado, por outro, a população também precisa ser mais orientada e esclarecida, principalmente, com relação aos idosos e seus familiares, para que sejam co-responsáveis nesse processo.

Dentre as opiniões verbalizadas pelos idosos com relação ao atendimento dos serviços de saúde da USF, deparou-se com duas situações: aqueles que tinham uma avaliação positiva do atendimento, e outros uma avaliação negativa.

Com relação à opinião de Cruzeiro do Sul vejamos:

“Fui no posto e só me deram papel....me encaminharam para o outro médico (referência)...andei bastante e não encontrei..Gosto do atendimento do Posto... demora os encaminhamentos” (Cravina).

“Um pouco difícil, não existe prioridade para o idoso” (Araruna).

Percebe-se haver opiniões contraditórias quanto ao atendimento de saúde recebido pela USF, para uns, o atendimento satisfaz as expectativas mas, para outros, o atendimento não é bom. Nota-se que para os idosos que consideram o atendimento negativo, dois deles estão ligados ao fato da dificuldade para concluir o atendimento, haja vista que, foi necessário um atendimento no nível de atenção secundária, ambos haviam sido encaminhados a um especialista para avaliação de saúde e possível realização de exames.

Outra queixa no tocante às referências, diz respeito ao tempo que leva para essas consultas serem marcadas, provocando descontentamento na população com conseqüente descontinuidade do tratamento iniciado pela USF.

Também houve reclamação sobre o próprio atendimento, principalmente quando relacionado à humanização desse atendimento para com o idoso. O que pode ser identificado nas palavras de,

“Encontro dificuldades no atendimento médico, sempre as crianças estão na frente.... quero ir ao dentista, mas não consigo... da última vez que estive fui muito mau tratada... fui extrair um dente, fiquei das 6:30h às 7:15h e quando fui atendida fui a segunda paciente onde deveria ser a primeira. A mulher do preparo não queria atender... porém com a solicitação do dentista verificou a pressão e como estava alta, não deu para extrair o dente...quando fui avisar a

dentista da pressão, a moça que fica no dentista chamou a gente de mal-comportadas” (Lírio)

Outrossim, a assistência ao idoso passa pela questão do atendimento humanizado, e há necessidade de se discutir nos serviços, principalmente, no que se refere ao atendimento do idoso. As reclamações refletem um contexto no qual, envolve uma pessoa idosa. As dificuldades às vezes vencidas para conseguir acesso e ser atendida na USF, que vão desde o horário cedo para estar lá, muitas vezes, sem uma refeição e ainda tendo que aceitar um tratamento ríspido e de mau humor por parte dos funcionários que não percebem o idoso como uma pessoa fragilizada, portadora de doenças, afora outras dificuldades socioeconômicas, somadas numa dimensão da vida do idoso.

Contudo, há os idosos que percebem o atendimento de forma positiva e, se atentarmos para as suas falas, isso decorre principalmente em função do bom atendimento e ou do atendimento rápido. Senão vejamos,

“Tá bom, minha médica é muito boa” (Lapinha).

“Pra mim vou lá sou logo atendida. Quando eu preciso o médico vem aqui, ou eu mando a menina lá” (Florista).

“Quando chego atendo. Quando chego a auxiliar de enfermagem vai logo tirando minha pressão...quando eu entro os profissionais me colocam primeiro. Aquela auxiliar, acho boazinha, mais agradável.” (Dama).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para ser grande, ser inteiro:
Nada teu exagera ou exclui,
Ser tudo em cada coisa.
Pões quanto és no mínimo que fazes.
Assim em cada lago a
Lua toda brilha,
Porque alta vive

Fernando Pessoa

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando esta investigação, relevam-se algumas considerações aos contextos etnográficos específicos coexistentes entre idosos e familiares, resultantes das vivências domiciliares e urbanas, próprias de uma sociedade contemporânea, numa região pouco desenvolvida do Nordeste do Brasil.

Os idosos que participaram deste estudo, em grande parte, são oriundos de regiões rurais do Estado, de onde saíram há aproximadamente 25 anos. A maioria sobrevive da renda de um salário-mínimo, proveniente de aposentadoria ou pensão, sendo que alguns deles ainda sustentam filhos desempregados, netos ou sobrinhos. Grande parcela não possui escolaridade, e, na infância, vivenciou experiência com a agricultura familiar, acompanhando os pais na roça.

Percebe-se que as famílias deste estudo são pequenas em tamanho mas, tem uma importância significativa para os idosos em seus mais variados aspectos, que vão desde o seu novo re-arranjo - caracterizada pelas relações intergeracionais, acompanhada pela responsabilidade social para com estes domicílios que recai nos mais velhos - até a convivência e a socialização desse espaço residencial, no qual incluem-se pais, filhos, netos, genro, nora, sobrinhos, enteadas, exigindo dos familiares uma postura flexível e de oportunidades de diálogos diante da vida; fato nem sempre possível, haja vista as diversidades existentes, que algumas vezes determinam os conflitos familiares.

Nessas famílias, ora os idosos são assistidos pelos familiares, no caso dos idosos mais fragilizados, ora assumem os cuidados para com netos, sobrinhos, ou até mesmo adultos, como é o caso de dois idosos desse estudo, que cuidam de dois filhos com alcoolismo e transtorno mental, respectivamente.

Os conflitos ocorridos nas relações cotidianas, que se estabelecem em geral entre pais e filhos, são considerados suportáveis para pessoas de gerações diferentes ou da mesma geração, sendo que na maioria das vezes são consequência das posições opostas por ambos assumida. Contudo, quando os pais idosos convivem com filhos desempregados e ou usuário de bebida alcoólica, com frequência há conflitos naturais a uma convivência não harmônica que pode provocar uma desorganização na estrutura familiar. No caso específico de situações iguais a estas, nota-se a importância de haver suportes sociais na comunidade, que orientem a família e impeçam que ocorram casos extremos de violência.

Apesar de terem sido verificadas algumas relações familiares difíceis, também se constatou outras de pura solidariedade e partilha, demonstrando diferente tipo de convivência, proporcionando uma melhor auto-estima e maior segurança à pessoa idosa.

Um aspecto importante visto entre os idosos, está relacionado ao estigma do velho e da velhice na sociedade atual, assim como pelas mudanças de valores éticos, morais e sociais, conseqüência das transformações da sociedade industrial, ainda muito presente entre nós. Fericgla (1992) afirma que a sociedade moderna industrializada considera o ser velho como sinônimo de estigmatização, de proximidade da morte, de miséria material, de enfermidades indesejáveis e de outras realidades igualmente atribuídas.

No caso da realidade deste estudo, o preconceito também se faz presente entre familiares e idosos do próprio grupo. Vê-se uma velhice construída pela sociedade de acordo com o seu contexto histórico e social, cujos determinantes são próprios a cada contexto cultural, podendo assim diferenciar-se de sociedade para sociedade e de família para família. Alguns dos familiares consideram ser “o idoso igual à criança”, jargão bastante divulgado na sociedade brasileira, já analisado por estudiosos como um mito do envelhecimento. Da mesma forma, o adjetivo “teimoso ou teimosia”, também colocados por alguns familiares. O que se percebe, nestas situações específicas, por parte dos familiares, é que o conhecimento existente, para uma melhor compreensão de alguns conceitos e teorias que descrevam as alterações físicas esperadas no processo de envelhecimento, é insuficiente. Por outro lado, também existem familiares que associaram a velhice a doenças, ou seja, relacionam o fato de ter mais idade a ser portador de doenças crônicas.

Sobre as condições de saúde dos participantes idosos, identificou-se que a maioria possui uma ou mais doença crônica, com destaque para a hipertensão arterial, associada com outras doenças crônicas como a diabetes e as doenças do sistema ósseo, como a artrose, osteoporose e dores articulares e da coluna; sendo que apenas um dos idosos apresenta asma brônquica, e somente um deles se diz saudável, mesmo apresentando dores lombares freqüentes. Informam, em geral, que controlam as doenças com tratamento terapêutico e, quando necessário, fazem consulta médica na USF, quando impossibilitados de deslocarem-se até a Unidade de Saúde, são atendidos no domicílio. Contudo, sempre são os idosos que solicitam esse atendimento, o que em parte, pode ainda caracterizar o modelo assistencial anterior, da demanda espontânea.

Entre as vivências desses idosos, com relação ao atendimento em saúde em outro nível de assistência, informam dos obstáculos que enfrentam para chegar ao objetivo final: dificuldades para marcar devido a existência de filas de esperas, o deslocamento físico, ou

seja, distância entre a residência e o local da assistência secundária, pois em geral, as clínicas de atendimento localizam-se no centro da cidade, o que demanda dinheiro para transporte, além da necessidade da companhia, sem contar no tempo gasto. Por outro lado, há os empecilhos do próprio serviço com relação ao número de fichas referências (que autorizam a marcação e encaminha o doente para outro serviço), pois as mesmas não são suficientes para a demanda existente.

Portanto, o princípio da hierarquização da assistência, preconizado SUS, se defronta com entraves na questão da intersetorialidade, prejudicando a continuidade do tratamento e inviabilizando a atenção básica de saúde para o idoso. Todas estas dificuldades desmotivam os idosos a continuarem seus tratamentos, contribuindo para que os mesmos permaneçam sem assistência terapêutica e, em algumas vezes, façam uso da auto-medicação, como pode ser observado nos relatos de vários idosos que afirmaram procurar o farmacêutico ao adoecerem.

Dessa maneira, precisa-se evidenciar a situação crônica de saúde desses idosos, buscando um atendimento pautado em medidas preventivas, voltadas para a manutenção de sua capacidade funcional, autonomia e aumento da sobrevida, como também uma melhor qualidade de vida. O fato é exemplo para o que Veras (2002, p.14) ressalta, quando diz que “no Brasil, as práticas de atenção à saúde do idoso, desenvolvidas pelo SUS, não são suficientes e adequadas as especificidades de saúde da demanda existente”.

Talvez as condições sociais de vida dos idosos deste estudo, todos eles responsáveis pelos domicílios, façam com que os mesmos não tenham planos para o futuro, considerando a forma como se colocaram sobre as perspectivas de futuro. Faz-se mister ressaltar que um deles resumiu: “plano? E velho tem plano?”. Observa-se uma resignação velada, mas anunciada em expressões faciais, choro, silêncio, traduzidos numa passividade nas falas de alguns quando afirmam: “É assim até quando Deus quiser”, referindo-se a finitude da vida.

Dessa forma, três aspectos que têm importância social, por serem intrínsecos a grande parte das pessoas que enfrentam esse período de vida, estão presentes entre os idosos deste estudo, que são: a solidão, o isolamento social e a indiferenciação cronológica; responsáveis por toda uma mudança do cotidiano dos idosos, interferindo na qualidade de vida destes, por contribuir para a baixa-estima e a depressão.

No caso da indiferenciação cronológica, há uma mudança total no que se refere à obrigação ou disciplina do indivíduo à rotina de horários que está ligada a função social na qual o adulto desenvolve ao longo de sua vida, e esta cessa no momento da sua aposentadoria. Deste modo, escreveu o compositor, referindo-se ao envelhecimento e a aposentadoria:

“É triste ver este homem, guerreiro menino, com a barra de seu tempo por sobre seus ombros...Um homem se humilha se castram seu sonho, seu sonho é sua vida, e a vida é trabalho. E sem o seu trabalho um homem não tem honra, e sem a sua honra se morre, se mata. Não dá pra ser feliz, não dá pra ser feliz.” (Gonzaguinha, cantor e compositor, Música Guerreiro menino).

Situação mais comum no homem do que na mulher, que se adapta mais facilmente as atividades domésticas. Há ainda um afastamento natural dos colegas de trabalho, assim como dos amigos, alguns morrem, outros vão morar distante, os filhos já estão constituindo suas próprias famílias ou, quando não, trabalham e tem seus interesses próprios fora de sua residência, permanecendo o mínimo necessário com os pais. Todo esse contexto surge repentinamente e, muitas vezes, gera apatia e depressão no idoso. Dessa forma é necessário haver um planejamento prévio para melhor se vivenciar este período da vida.

Por sua vez, a solidão também presente e observada nos idosos do estudo, leva um pouco dessa situação anterior, pois estas transformações sociais advindas com a aposentadoria, necessitam ser olhada com cuidado pela família e pelos profissionais que acompanham esse idoso. Lembrando ser importante considerar as especificidades inerentes a cada idoso e a cada família. Resta saber as possibilidades reais, nas quais os familiares possam contribuir para com o idoso neste contexto, como também, qual é o papel dos profissionais de saúde que estão, no dia-a-dia, adentrando nas casas desses idosos.

Reflexões sejam postas ao pensar o cotidiano dos idosos e seus familiares em Felipe Camarão, em situação de precariedade, com baixos salários, cuidando de filhos e netos, algumas vezes em situações de conflitos familiares, doenças crônicas que necessitam de assistência contínua e de uma boa alimentação, um lazer que nunca se espera, um conformismo com o destino, a negação da velhice, os intermináveis “nãos” durante a vida e que agora se acumula, “ser velho e ser pobre”.

Considerar um estudo finalizado, esgotando todas as possibilidades sobre o tema, é impossível, principalmente quando se trata da discussão sobre a velhice e o envelhecimento na sociedade contemporânea, em que mudanças ocorrem instantaneamente, e que o tecnicismo, o novo, a velocidade e o individualismo figuram como atores principais. Portanto, o contrário, é colocado à parte, e a velhice, ainda se encontra do outro lado... Porém, quem sabe um dia, as utopias venham a acontecer, e dessa forma, este trabalho possa servir como reflexão para estas questões.

6 REFERÊNCIAS

Ainda que eu falasse as línguas
dos homens e dos anjos,
se não tiver amor...
nada serei

Coríntios 13:1-2

6. REFERÊNCIAS

ACCIOLY JÚNIOR, Horácio. **Representações Sociais das Atividades Físicas para trabalhadores da indústria**. Natal: EDUFRRN, 2004. 234 p.

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. Saúde, doença e suas interpretações culturais. In: _____ . **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001, p.69-86.

ALCÂNTARA, Meine S. **Felipe Camarão mostra a tua cara: aqui não é Soweto**. Crônica, mai. 2000.

_____. **Sindicato do Garrancho: um ideal nunca morre**. Mossoró: Fundação Vingt-um Rosado. Coleção Mossoroense, 2003. 85 p.

_____. **As organizações comunitárias no contexto da Estratégia de Saúde da Família**. Natal, 2004. 33p. Monografia (Especialização). Departamento de Enfermagem. Núcleo de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Almeida Filho, Naomar. A Clínica e a Epidemiologia: laços, contratos e contradições. In: ROUQUARYOL, Maria Cecília. **Epidemiologia e Saúde**. 4 ed.. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993

ALVAREZ, Ângela M. **Tendo que cuidar: a vivência do Idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. Florianópolis: Editora UFSC. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001. 199 p.

ANDRÉ, Marli E. D. A. de. **Etnografia da prática escolar**. Campinas, SP: Papirus, 1995. 130 p.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 1981. 279 p.

BARBOSA JÚNIOR, Walter P. **O Projeto Político Pedagógico da Escola Municipal Djalma Maranhão**. Natal, 1998, 128p. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

BARROS, Myriam M L de. Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: _____.(org). **Velhice ou Terceira Idade?**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 114-168.

BAZTAN, Angel A. Etnografia. In: _____. **Etnografia: Metodologia qualitativa em la investigacion sociocultural**. Barcelona: Marcombo S.A, 1995, p. 3-20.

BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice**. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711p.

BERLINGUER, Giovani. O capital como fator patógeno. In: _____. **Medicina e Política**. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1978.

BERQUÓ, Elza. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, Anita; DEBERT, Guita G. (orgs). **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papyrus, 1999b, p.11-41.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. Fundamentos da investigação qualitativa em educação: uma introdução. In: _____. **Investigação Qualitativa em Educação**. Porto: Porto Editora Ltda, 1999. p. 19-80.

BOLTANSKI, Luc. **As classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989, p. 111-113.

BOURDIEU, P. A juventude é apenas uma palavra. In: _____. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRASIL . Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil de idosos responsáveis por domicílios no Brasil. Rio de Janeiro, 2000. 97p.

_____. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.185-196.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1997.

_____. Ministério da Justiça. Política Nacional do Idoso. **Programa Nacional de direitos Humanos**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Direitos Humanos, 1998.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 42/2003 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004. 436p.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso/Ministério da Saúde**. 1 ed. 4ª reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

_____. **Política Nacional de Saúde da pessoa idosa**. 2006. [online] Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf> Acessado em 3 dez.2006.

BRÊTAS, Ana C. P. Políticas públicas de saúde para o idoso. **A Terceira Idade**. São Paulo, V. 13, n. 24, p. 38-47, abr 2002.

BRITO, Francisco Carlos de; RAMOS, Luiz R. Serviços de Atenção à Saúde do Idoso. IN: PAPALETTO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 394-414.

CALDAS, Célia P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.773-781, mai/jun. 2003.

_____. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, Maria Cecília de S.; COIMBRA JR., Carlos E. A. (org) **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004a, p. 51-71

_____. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: SALDANHA, Assuero L.; CALDAS, Célia P. (org). **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004b, p. 41-47.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, Gastão W. de S. Sete considerações sobre saúde e cultura. **Saúde e Sociedade**. V. 11. n. 1. jan/jul. 2002.

CAPITANINI, Marilim E. S. Solidão na velhice: realidade ou mito? In: NERI, Anita L.; FREIRE, Sueli A. (org). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000, p. 69-80.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982. 447 p.

CAVALCANTE, Eunadia; LIMA, Verônica. **Construindo o seu lugar**. Natal: UFRN. Ed.Universitária, 1995. 162 p.

CARVALHO-FILHO, Eurico T.; PAPALEO NETTO, Matheus. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. 447 p.

CASCUDO, Luis da C. **História da Cidade do Natal**. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. Coleção Retratos do Brasil, 1980. v.145. 470p.

CERTEAU, Michel de; GIARD, Luce; MAYOL, Pierre. **A invenção do cotidiano**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2002, 372p.

CHIESA, Anna M; FRACOLLI, Lislaine A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília. Ano V, n. 7, p. 42-49, edição especial, jan. 2003 a abr. 2004.

COSTA, Wildce da G. A; MOEDA, Sayuri T. Repensando a rede básica de saúde e o distrito sanitário. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 25, n. 57, p. 15-29, jan. 2001.

DAMATTA, Roberto. **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. 4 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1993. 246p.

DEBERT, Guita. Gênero e Envelhecimento. **Estudos Feministas**, n.33, v.1, 1994.

_____. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 12. n. 34, p.39-56, jun. 1997.

_____. (org). Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. **Textos Didáticos**. IFCH/UNICAMP, n.13, p. 7-27 jan. 1998.

_____. **Reinvenção da velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo: Fapesp, 1999 a.

_____. A construção e reconstrução da velhice: família, classe social, etnicidade. In: NERI, Anita; DEBERT, Guita G. (orgs). **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papyrus, 1999b.

_____. Velhice e o curso da vida pós-moderno. **Revista USP**, São Paulo, n. 42, p. 70-83, jun/ago. 1999c.

ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador: uma história dos costumes**. 2ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, v.1, 1994. 277p.

_____. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001, 107p.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica**. Porto: Artmed, 2005. Unidade I, p. 74-94.

FERRARI, Maria Auxiliadora C. O Envelhecer no Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 23, v. 23, n.4, jul/ago. 1999. p. 197-203.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo significa. In: ALVES, Paulo C.; MINAYO, Maria Cecília de S. **Saúde e Doença: Um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, 101-111

FERICGLA, Josep M. **Envelhecer: uma antropologia de la ancianidad**. Barcelona: Arthopos, 1992, p.17-41.

FREYRE, Gilberto. O doente e seus antecedentes socioculturais. In: Sociologia da Medicina. Brasília:Editora, UNB. 2004. P.113 -123.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS-SEADE. **A população idosa e o apoio familiar**. Informe Demográfico n.24. São Paulo, 1991. 164p.

GARNELO, Luiza; LANGDON, Jean. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de S; COIMBRA JUNIOR, Carlos E.A. (org). **Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.133-156.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989. 323 p.

_____. **O Saber Local**. Petrópolis: Vozes, 1999. 366p

GOLDFARB, Delia C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 124p.

_____; NERI, Anita L. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: NERI, Anita L.(org.) **Qualidade de vida e idade madura**. São Paulo: Papyrus,1993b, p.108-135.

_____; SIQUEIRA, Maria Eliane C. de. Heterogeneidade e diversidade nas experiências de velhice. In: NERI, Anita L.; FREIRE, Sueli A. (org). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papyrus, 2000. p.113-135.

GONZALEZ, Luz A. M. et al. Fundamentos de la Enfermeria transcultural. **Seccios de Postgrado em Enfermeria**. Escuela de Postgrado, Universidade Nacional de La Libertad. Trijillo.[1996?].

GOODE, William J. **A Família**. São Paulo: Pioneira Editora, 1970. 198p.

GURGEL, Deífilo. **Espaço e tempo do folclore potiguar**. Natal: FUNCAT-PROFINC, 1999. 230p.

HECK, Rita M.; LANGDON, Esther J. M. Envelhecimento, Recordações de Gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: MINAYO, Maria Cecília de S.; COIMBRA JR., Carlos E. A. (org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p.129-151.

LANGDON, E. Jean. **A Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica**. Palestra oferecida na Conferência 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23 ago. 1995. (mimeo).

LEME, Luiz E. G; SILVA, Paulo S. C. P. de. O Idoso e a Família. In: PAPALETTO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 92-97.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi; GIATTI, Luana; UCHÔA, Elizabeth. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Cad. Saúde de Pública**, Rio de Janeiro, 19(3), 745-757, mai/jun. 2003.

LOPES, Fabiana A. M; OLIVEIRA, Flávia A. de. **Aspectos Epidemiológicos de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família**. 2004 [online] Disponível em http://www.fmtm.br/instpub/fmtm/patge/Idoso_psf.htm Acessado em 24 out. 2006.

LOTTA, Gabriela S. **Saber e poder: agentes comunitários de saúde aproximando saberes locais e políticas públicas**. 2006. 171p. Dissertação (Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2006.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU (Editora Pedagógica e Universitária Ltda), 1986. 99p.

LUZ, Madel T. Novas práticas em saúde coletiva. In: MINAYO, Maria Cecília de S; COIMBRA JUNIOR, Carlos E.A. (org). **Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.33-46.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Uma teoria científica da cultura**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar: Editora, 1975.

_____. **Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova-Guiné-Melanésia**. 3 ed. São Paulo: Victor Civita. Os Pensadores, 1984.

MARIZ, Marlene da S.; SUASSUNA, Luiz E. B. **História do Rio Grande do Norte**. Natal: Sebo Vermelho, 2002. 418p.

MATTOS, Carmen L. G. de. **A abordagem etnográfica na investigação científica**. UERJ, 2001. Disponível em: <http://www.ines.org.br/paginas/revista/A%20bordap%20_etnog_para%20monicahtm>. Acesso em: 29 set. 2002.

MAUSS, Marcel. As Técnicas Corporais. In: _____. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo, Casac & Naif, 2003. p.211-233.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário. A produção social de saúde. In: _____ **Uma agenda para saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999, p.233-295.

MENEZES, Maria do Rosário. **Da violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso**. Ribeirão Preto, 1999. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

MENEZES, Rejane M. P. de. **Histórias de Saúde e Doença:** narrativas de idosos atendidos em um serviço de saúde. Ribeirão Preto, 2001. 176p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

MERCADANTE, Elizabeth. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALETTO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 73-81.

MINAYO, Maria Cecília de S. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, Paulo C; MYNAYO, Maria Cecília de S. Saúde e Doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998, p.57-71.

_____. **O desafio do conhecimento**. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004, 269 p.

_____; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: _____. (org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 11-24.

MOTA, Maria Ester V. **O cotidiano do idoso: espaço de regulação ou de emancipação?** São Paulo, 1995. 158 p. Dissertação (Mestrado). Instituto Superior de Serviço do Porto, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 1995.

MOTTA, Alda Brito de. Envelhecimento e sentimentos do corpo. In: MINAYO, Maria Cecília; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A. **Antropologia e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 37-50.

MONTEIRO, Pedro P. **Envelhecer: histórias, encontros, transformações**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. 271 p.

NATAL Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal do Meio Ambiente e Urbanismo. Departamento de informação pesquisa e estatística. **Anuário Natal**. 2005.

NAZARETH, Juliana de Souza e Costa. **“Na hora que tá um sufoco, um ajuda o outro”:** Um estudo sobre famílias chefiadas por mulheres urbanas de baixa renda. Rio de

Janeiro, 2003. 180p. Dissertação (Mestrado). Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidade e Ecologia Social, Instituto de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

NEGREIROS, Teresa C. de G.M. Espiritualidade:desejo de eternidade ou sinal de maturidade? **Revista Mal-Estar e subjetividade**, Fortaleza, n. 2, v.3, p.275-291, set. 2003b.

NERI, Anita L. **Envelhecimento e qualidade de vida na mulher**. 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2001. [on line] Disponível em <http://www.alzheimer.med.br/mulher.pdf>. Acessado em 04.01.07.

OLIVA, Montserrat G. i. Transculturalidade en las imágenes y el trato a la ancianidad. Hacia una atención de calidad en el siglo XXI – Conferência en la inauguración del Postgrado de gestion y directron de residencia y servicios para mayores, outubro de 2006. **Red Latinoamericana de gerontologia**. Boletín mensual. Año VIII, edición no 83. Dez. 2006. [online] Disponível em:http://gerontologia.org/portal/archivosUploas/doc_conferencia_postgrado_jc.pdf. Acessado em 06 dez.06

OLIVEIRA, Ariane R. M. de; ALCÂNTARA, Meine S.; PINHEIRO, Verônica. **Fórum Comunitário pela Qualidade de Vida do Bairro de Felipe Camarão: Plano de Ação 2003**. Natal, 2003, 14 p. Secretaria Municipal de Saúde de Natal-RN.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembléia Mundial sobre envelhecimento**. Resolução 39/125. Viena, 1982.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Informe de la Segunda Asamblea mundial sobre el envejecimiento**. Madri, abr. 2002. [online] Disponível em <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.htm> Acessado 3 dez. 2006.

PACHECO, Jaime L. Os conflitos familiares e o idoso.In: SALDANHA, Assuero L.& CALDAS, Célia P. (org). **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p. 349-357.

PACHECO, Rosane O. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro v. 7, n.2, 2004.

PEIXOTO, Clarice. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: LINS DE BARROS, Myriam M. de (org).**Velhice ou Terceira Idade?**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 69-84.

PELLEGRINI, Virgínia M. C.: JUNQUEIRA, Virgínia. Trajetória das políticas de saúde: a saúde coletiva e o atendimento ao idoso .In: PAPALETTO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996, p. 373-393.

PONTE, José R. da. Aspectos Psicanalíticos do envelhecimento normal. In: PAPALETTO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 114-123.

QUEIROZ, Marcos S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico**. São Paulo: EDUSC, 2003. 230 p.

RABELO, Minam C. M. Religião, ritual e cura. In: ALVES, Paulo C.; Minayo, Maria Cecília de S. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 47-56.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano; Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-798, mai/jun. 2003.

REINERT, Max. Une méthode d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de G. De Nerval. **Bulletin de Méthodologie Sociologique**. Toulouse, n. 26, p. 24-54, march. 1990.

SANTOS, Silvia M. A. dos. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea, 2003. 228p.

SILVA, Angelino Francisco. Migração e Crescimento urbano: uma reflexão sobre a cidade de Natal, Brasil. **Scripta Nova – Revista Eletrônica de Geografia y Ciências) Sociales**.

Universidade de Barcelona, Barcelona, v.5, n.94(74), ago. 2001. [online]. Disponível em: <http://www.ub.es/geocrit/sn-94-74.htm> Acessado em 01 dez. 2006.

SILVESTRE, Jorge A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **Arquivo Geriátrico gerontológico**, Rio de Janeiro, v.0, n.1, p. 81-89, set.1996.

SOMMERHALDER, Cínara; NOGUEIRA, Eliete J. As relações entre gerações. In: NERI, Anita L.; FREIRE, Sueli A. (org.) **E por falar em boa velhice**. Campinas,SP: Papyrus, 2000, p. 101-112.

SOUSA, Maria Fátima de. Capital humano no PSF: revendo o passado e imaginando o futuro. In: _____ (org.) **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002, p. 15-114.

_____. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista do PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, número especial, 25-30, dez. 2000.

SOUZA, Helena M.de Programa de Saúde da Família: entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, número especial, 25-30, dez. 2000.

SPRADLEY, James P. **Participant observation**. New York: Holt Rinehart e Winston, 1980. 247 p.

STRAUSS, Claude L. **O olhar distanciado**. São Paulo: Edições 70, 1972.

TEIXEIRA, Simone A. Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista Bahia – Brasil. In: **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar**: projeto de desenvolvimento de sistemas de saúde e serviços de saúde. OPAS/MS Brasília, 2004. p. 63-75.

TYLOR, Edward. “Cultura primitiva”. In: BOHANNAN, Paulo; GLAZER, Mark (orgs). **Antropologia: leituras**. Madri: Mcgraw-Hii, 1993. p.65-78.

UCHÔA, Elizabeth. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.849-853, mai/jun. 2003.

_____ et al. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, Maria Cecília de S.; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A. (org). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

VASCONCELOS, A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.23, n.53, p. 6-19, set/dez. 1999.

VALENTE, Valdemar. Pastoril no Recife. **Brasil açucareiro**, ago.1969. Disponível em: <<http://jangedabrazil.com.br/revista/dezembro61/especial30.asp>>. Acesso em: 04 mar.2006.

VELHO, Gilberto. Cultura de classe média-reflexões sobre a noção de projeto. In:_____ **Individualismo e cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro:Zahar editores, 1981, p.103-109.

VERAS, Renato; ALVES, Maria Isabel C. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, Maria Célia de Souza. **Os muitos Brasis e a população na década de 80**. 2. ed. São Paulo: Hucitec Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p.322-337

_____ et al. Novos paradigmas do Modelo Assistencial no setor saúde: conseqüências da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: _____. **Gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Pelume – Dumare: Unarti/UERJ, 2002. p. 11-79.

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.705-715, mai/jun, 2003.

APÊNDICE A: ROTEIRO DA ENTREVISTA ETNOGRÁFICA REFERENTE AOS FAMILIARES

Questões etnográficas com o familiar do idoso

01. Como é para o familiar conviver com uma pessoa idosa?
02. Quando o idoso adoece e há necessidade de apoio, companhia ou ajuda. qual a pessoa da família que em geral desenvolve esse papel? Há uma sensibilização sobre essa questão, de todos da família?
03. Como esse(s) familiar(es) agem? Solicita visita do PSF, vai a USF a procura de ajuda ou se dirige a outra instituição, ou permanece em casa sem procurar ajuda?
04. Como o familiar percebe a saúde e a doença do idoso? Permanece junto durante o período crítico da doença? Se sim, quais são ou qual é essa(s) pessoa(s) que ficam mais próximo, que grau de parentesco?
05. A família utiliza algum medicamento caseiro ou outro tipo de ajuda ao cuidar do idoso? .
06. Quais os momentos em que toda a família se reúne e nestas ocasiões o idoso se encontra presente, participando junto a todos?
07. O que significa ser velho para o familiar?

APÊNDICE B: ROTEIRO DA ENTREVISTA ETNOGRÁFICA REFERENTE A IDOSOS

Questões norteadoras para entrevista com o idoso

01. Como se encontra a sua saúde hoje e quais são os problemas de saúde que o(a) Sr. (a) possui?
02. Quando adoece e necessita de assistência médica, qual a sua primeira ação?
03. Utiliza algum medicamento caseiro ou outra forma de se cuidar quando adoece?
04. Na (s) ocasião(ões) que necessita se deslocar a Unidade de Saúde. vai sozinho~ alguém da casa lhe acompanha?
05. Quando isso ocorre. existe alguma coisa ou dificuldade que lhe aborrece?
06. O que acha do atendimento recebido na USF de Felipe Camarão?
07. Em geral. como passa seu dia?
08. Esta satisfeito(a) pela forma como vive?
09. Na opinião do(a) senhor (a). falta alguma coisa para a vida melhorar?
10. Quais os momentos da sua vida que lhes dão mais alegrias?
11. Ao analisar os anos de vida já vividos. quais as perspectivas que têm para o futuro? Sente falta de algo que já vivenciou ou possuiu?
12. De que maneira o Sr(a) vê a velhice?

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO SMS**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Exma. Secretária Municipal de Saúde – Natal/RN
Dra. Maria Aparecida França

O objetivo deste é solicitar Vossa Senhoria a autorização para realizar o trabalho intitulado **A SAÚDE DO IDOSO E A ABORDAGEM FAMILIAR NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ENSAIO ETNOGRÁFICO**. Esta investigação científica decorre em cumprimento à exigência para a conclusão do curso de mestrado do Programa de pós-graduação em Enfermagem, no Departamento de Enfermagem / UFRN.

Saliento que serão respeitados os aspectos éticos de pesquisa em seres humanos, incluindo o anonimato dos participantes, e que todas as informações colhidas serão utilizadas exclusivamente para fins de estudo.

Solicito, outrossim, autorização para divulgação e publicação dos resultados desta investigação nos diversos meios científicos.

Desde já agradeço a atenção dispensada ao assunto e aguardo pronunciamento quanto à autorização para realização de referido estudo.

Autorizo realização do estudo com divulgação e publicação dos resultados

Enf. Meine Siomara Alcântara
Mestranda do Mestrado em Enfermagem
Tel. 3208-5117

Prof. Rejane Maria Paiva de Menezes
Prof. Adjunto do Departº de Enf. - UFRN
Orientadora da Pesquisa

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO DSO DA SMS DE NATAL**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Ilma. Gerente do Distrito Sanitário Oeste
Sra. Josineide Barbosa de Lira

O objetivo deste é solicitar Vossa Senhoria a autorização para realizar o trabalho intitulado **A SAÚDE DO IDOSO E A ABORDAGEM FAMILIAR NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ENSAIO ETNOGRÁFICO**. Esta investigação científica decorre em cumprimento à exigência para a conclusão do curso de mestrado do Programa de pós-graduação em Enfermagem, no Departamento de Enfermagem / UFRN.

Saliento que serão respeitados os aspectos éticos de pesquisa em seres humanos, incluindo o anonimato dos participantes, e que todas as informações colhidas serão utilizadas exclusivamente para fins de estudo.

Solicito, outrossim, autorização para divulgação e publicação dos resultados desta investigação nos diversos meios científicos.

Desde já agradeço a atenção dispensada ao assunto e aguardo pronunciamento quanto à autorização para realização de referido estudo.

Autorizo realização do estudo com divulgação e publicação dos resultados

Enf. Meine Siomara Alcântara
Mestranda do Mestrado em Enfermagem
Tel. 3208-5117

Prof. Rejane Maria Paiva de Menezes

Prof. Adjunto do Departº de Enf. - UFRN
Orientadora da Pesquisa

APÊNDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Gostaria de informar-lhes sobre um estudo que pretendo desenvolver sobre a *Saúde do idoso e a abordagem familiar no programa de saúde da família* (PSF), cujos objetivos são de analisar o cuidado à saúde de idosos em famílias do bairro de Felipe Camarão, compreender como a família cuida dos problemas de saúde do idoso e, identificar como o idoso vivencia suas decisões quanto ao seu processo de saúde e doença. Trata-se um trabalho final do Curso de Mestrado em Enfermagem o qual terei que realizar para obtenção do título de mestre em enfermagem. Sendo assim, gostaria de lhes prestar os seguintes esclarecimentos:

- A pesquisadora chama-se Meine Siomara Alcântara, enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFRN;
- A participação do idoso e familiar dar-se-ão, através de permissão para realização em seu domicílio de observação e entrevistas gravadas, caso necessário. Firmando o compromisso de manter seu nome no anonimato e utilizar os resultados do estudo exclusivamente para fins científicos (estudo).
- A sua decisão em participar é livre e voluntária, dando-lhes possibilidade de retirar-se da mesma no momento que julgar oportuno ou sentir-se prejudicado.
- Não há previsão de gastos financeiros ou prejuízos para o participante, contudo, caso ocorra algum dano ou perda nesse sentido, haverá ressarcimento das despesas.
- Os riscos considerados são mínimos e caso ocorram, o pesquisador será responsável pela sua indenização.
- O termo de consentimento será guardado durante o desenvolvimento da pesquisa pela pesquisadora e ao seu término, incinerado, não havendo possível reutilização.
- A assinatura deste formulário de consentimento formaliza sua autorização para o desenvolvimento de todos os passos anteriormente apresentados.

TERMO DE CONSENTIMENTO.

Eu,....., após ter lido, ouvido e compreendido as informações acima descritas, concordo em participar da pesquisa: **“A SAÚDE DO IDOSO E A ABORDAGEM FAMILIAR NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ENSAIO ETNOGRÁFICO”**. Estou ciente que serão feitas observações em meu domicílio com registro em caderno de campo da pesquisadora, e, posteriormente, participarei de entrevista gravada. Ao mesmo tempo, autorizo a utilização das informações obtidas, através da entrevista, com a finalidade de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho, de forma escrita, podendo utilizar meus depoimentos. Concedo também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e revistas científicas, desde que mantenha o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos. Estou ciente que nada tenho a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa.

Fui informado (a) dos propósitos e objetivos do estudo, estando ciente que minha participação é voluntária e que posso a qualquer momento me desligar da pesquisa sem nenhum constrangimento.

Natal, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do participante

APÊNDICE F: FOTOGRAFIAS (Fonte: Arquivos da autora)

Fotografia 01: “Favela do Fio”, Bairro de Felipe Camarão, Natal/RN



Fotografia 02: Casal de idosos



Fotografia 03: Detalhe de quadros representando santos em casa de idoso



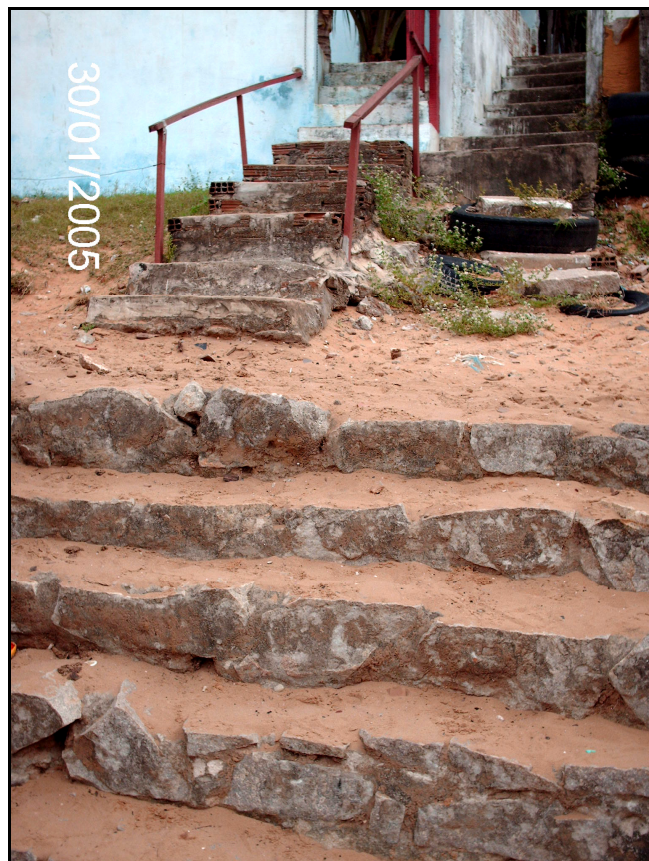
Fotografia 04: Pássaros em gaiolas na casa de idoso



Fotografia 05 Óleos utilizados em massagens



Fotografia 06 Escadaria de acesso à casa de idoso



Fotografia 07 Família – Idosa, neta e bisneta



Fotografia 08 Idosa caminhando numa das ruas da “Favela do Fio”,
Felipe Camarão, Natal/RN



ANEXO A Parecer consubstanciado de projeto de pesquisa Nº 188/05



MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

**Parecer Consubstanciado
(Final)**

Protocolo nº	188/05 - CEP-UFRN
Projeto de Pesquisa	A Saúde do Idoso e a Abordagem Familiar no Programa Saúde da Família: um Ensaio Etnográfico
Área do Conhecimento	Enfermagem - Grupo III
Pesquisador Responsável	Rejane Maria Paiva de Menezes
Instituição	UFRN - Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde
Revisão Ética em	14 de julho de 2006

RELATO

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, embora atendidas, deixou de cumprir algumas recomendações, que não constituem impeditivos éticos para que a pesquisa seja realizada, este Comitê enquadra o protocolo de pesquisa em pauta na categoria de APROVADO COM RECOMENDAÇÕES.

Recomendamos ao pesquisador responsável observar o seguinte:

- acrescer no TCLE [...] caso ocorra algum dano ou perda, você será indenizado, haverá [...]
- criar um local para assinatura do pesquisador responsável.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

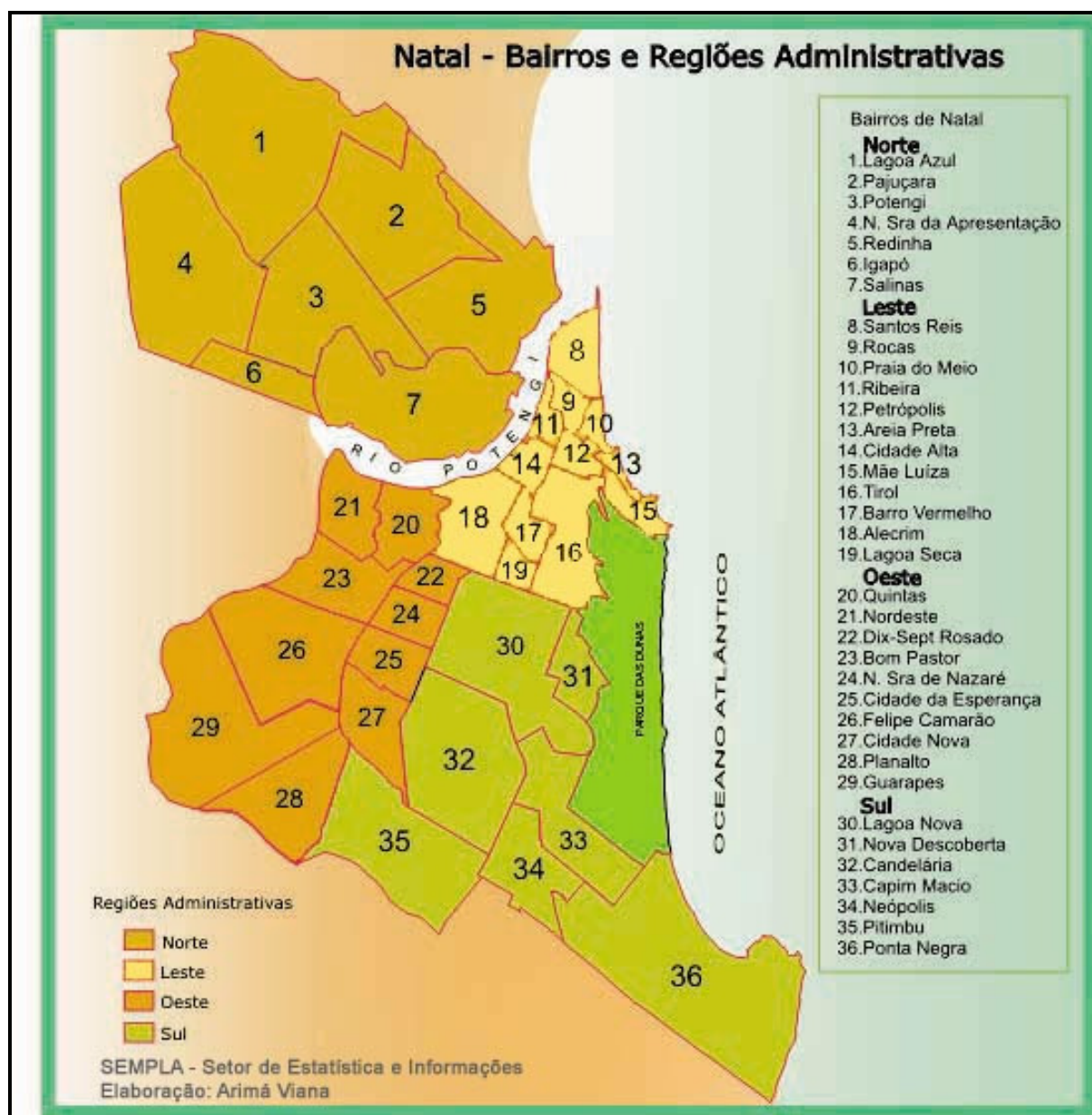
Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

- 1 – entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
 - 2 – desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
 - 3 – apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
 - 4 – apresentar ao CEP/UFRN relatórios parciais semestralmente e final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65);
- Os formulários para os relatórios parciais e final encontram-se na página do CEP. (www.etica.ufrn.br)

Natal, 14 de julho de 2006

Dulce Almeida
Vice-Coordenadora do CEP-UFRN

ANEXO B: Mapa do Município de Natal/RN



FONTE: NATAL. Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Finança (SEMPLA). Natal, 2006.

ANEXO C:

Mapa da área de abrangência da Unidade de Saúde de Felipe Camarão II



FONTE: Sala de Situação do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil, elaborado pelo UNI-Natal, utilizado na USF Felipe Camarão II, Natal, 1999.

ANEXO D: LISTA DAS DANÇAS FOLCLÓRICAS DO RIO GRANDE DO NORTE

DANÇAS FOLCLÓRICAS DO RIO GRANDE DO NORTE UTILIZADAS NO TEXTO

ARARUNA – Apresenta-se com oito a dez pares de dançarinos, que executam, ao estilo de danças folclóricas de salão, como também o chote, valsa, polca, “caranguejo”. “Bode”, e “Besouro”. O acompanhamento das danças é de sanfona e instrumentos de percussão. Os dançarinos não cantam. Os cavalheiros usam casaca e cartola. As damas, longos vestidos de saia rodada. Em Natal um grupo denominado de Sociedade Araruna de Danças Antigas e Semi-desaparecidas, fundada desde 1956.

ESPONTÃO – Realizada pelas comunidades negras nas cidades de Caicó e Jardim de Seridó-RN. O grupo é composto: Capitão da Lança, o Porta-bandeira, os músicos e os lanceiros cujo número varia de seis a doze. Não há canto. A coreografia simula um bailado guerreiro, com movimentos de ataque e defesa. Os integrantes usam calças comuns e camisa branca com detalhes azuis na gola e manga. Na cabeça, pequeno gorro militar. Espontão é a lança maior, que deu nome ao bailado.

FANDANGO – É um auto popular. O Fandango potiguar inspira-se nas grandes aventuras marítimas portuguesas. A velhíssima xácara da Nau Catarineta, conta a história de um barco perdido no oceano pelo tempo de “sete anos e um dia”. O grupo é formado por uma tripulação de aproximadamente quarenta marujos, entre oficiais e marinheiros. O auto é representado numa barca de madeira ou alvenaria. Atualmente existem dois Fandangos em atividade no RN, na cidade de Canguaretama e de Georgino Avelino.

BOI-CALEMBA – Versão potiguar do Bumba-meu-boi nordestino. Apresenta com dezessete figurantes incluído os músicos. Os integrantes do auto são divididos em Enfeitados e Mascarados. Os primeiros compõem o Mestre de Brincadeira, os Galantes e as Damas, cantando velhas cantigas do séc. XIV- louvações, saudações, benditos e baianos. As roupas dos galantes são decoradas e fitas policolores e riquezas. Os Mascarados compõem a parte cômica do espetáculo- Mateus, Birico e Catirina. Apresentam trajando velhas roupas surradas e rosto besuntado de tisna. Declamam loas representam pantominas e parodiam os compenetrados. Bichos o acompanham na apresentação, destacam-se o Boi, o bode, a burrinha, o gigante e o Jaraguá.

PASTORIL – É formado por dois “cordões” de pastoras, azul e encarnado, cantam jornadas de saudação ao público, louvação ao Messias e exaltação ao próprio pastoril. A frente dos cordões, estão a Mestra (cordão encarnado) e a Contra-Mestra (cordão azul), seguidas de pastoras. Entre os dois cordões dançam figuras com características próprias: a Diana, mediando as rivalidades entre as pastoras dos dois cordões, vestida de azul e encarnado, o velho responsável pela

transformação do pastoril tradicional religioso num folguedo profano, o Pastorzinho, egresso das lapinhas e a Borboleta.

- COCO** – Numa roda formada de aproximadamente vinte participantes, de mãos dadas, girando lentamente ao som dos “cocos” improvisados pelo solista, um ou mais dançarinos exibem suas virtuosidades coreográficas. O acompanhamento das cantigas, é feito com instrumentos de percussão, tambores de variados tamanhos. As cantigas, compostas de estrofes tradicionais ou improvisadas, caracterizam-se por um estribilho curto, repetido pelo grupo, enquanto todos dançam, no girar da roda.
- CHEGANÇA** - O auto da Chegança, é um combate naval travado entre cristãos e mouros, inspirado nas lutas pela Restauração da Península Ibérica, no qual intervêm figurantes caracterizados de mouros. O número de marujos é maior que o do Fandango e as jornadas, num total de vinte e quatro, demandam um período de seis a sete horas para serem cantadas. O acompanhamento musical se restringe aos instrumentos de percussão, tambor e caixa.
- CONGOS** – O auto dos Congos tem a representação de uma Embaixada da Rainha Ginga, soberana africana, ao rei Henrique Cariongo, seu irmão. Precedido de cantigas diversas, destacando-se as louvações e saudações, e no encerramento despedidas. A indumentária e adereços dos figurantes, variam nos detalhes e de acordo com o gosto pessoal do responsável pelo folguedo. O grupo de cantigas é muito vasto e o acompanhamento musical é feito com uma caixa (tarol).
- BANDEIRINHAS** – Dança sincrética, na qual o profano e o religioso coexistem, nos números coreográficos apresentados – louvações ao Senhor São João cantadas ao lado de animados números do mais autêntico forró, dançado aos pares- a dança das Bandeirinhas é privativa do sexo frágil e dela só participam senhoras e mocinhas.
- MANEIRO-PAU** – Variação do Coco-de-Roda, na qual os dançarinos se apresentam vibrando pequenos bastões, simulando uma luta, dois a dois, enquanto dançam. O ritmo das cantigas é marcado pelo entrechoque dos bastões. Esta dança é característica da zona serrana do alto oeste potiguar.
- LAPINHA** – É um folguedo tipicamente religioso, não se profanizou como o Pastoril. O repertório de jornadas ainda é o mesmo dos tempos antigos, todas inspiradas em motivos religiosos, em particular no nascimento de Jesus Cristo. As pastoras que se apresentam dançando com acompanhamento de maracás, vestem-se de maneira discreta. Integram a orquestrinha: Violão, Cavaquinho e Pandeiro.

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

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