

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Bárbara Mendonça Macedo

**Trajetórias de vida e saúde:** necessidades e cuidados prestados pelos serviços de saúde sob o olhar do sujeito que envelhece

Rio de Janeiro

2019

Bárbara Mendonça Macedo

**Trajetórias de vida e saúde:** necessidades e cuidados prestados pelos serviços de saúde sob o olhar do sujeito que envelhece

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Território, Vigilância e Avaliação das Condições de Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosely Magalhães de Oliveira.

Coorientador: Prof. Dr. Gil Sevalho.

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

M141t Macedo, Bárbara Mendonça.  
Trajetórias de vida e saúde: necessidades e cuidados prestados  
pelos serviços de saúde sob o olhar do sujeito que envelhece / Bárbara  
Mendonça Macedo. -- 2019.  
193 f. : il. color.

Orientadora: Rosely Magalhães de Oliveira.  
Coorientador: Gil Sevalho.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Idoso. 2. Estilo de Vida. 3. Envelhecimento. 4. Necessidades e  
Demandas de Serviços de Saúde. 5. Serviços de Saúde para Idosos.  
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.6

Bárbara Mendonça Macedo

**Trajetórias de vida e saúde:** necessidades e cuidados prestados pelos serviços de saúde sob o olhar do sujeito que envelhece

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Território, Vigilância e Avaliação das Condições de Saúde.

Aprovada em: 02 de julho de 2019.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Daniel Groisman

Fundação Oswaldo Cruz / Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marize Bastos da Cunha

Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosely Magalhães de Oliveira (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública

Prof. Dr. Gil Sevalho (Coorientador)

Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2019

A Gonçalo Alves de Macedo,  
Meu pai, meu melhor amigo e grande contador de histórias.  
Aquele que me ensinou a ouvir e que não vi envelhecer.  
Permanecerá para sempre em minhas memórias e em meu coração.

## AGRADECIMENTOS

Desejo deixar registrada a minha gratidão a algumas pessoas que participaram, de forma direta ou indireta, deste desafio, e que de alguma forma contribuíram para que o caminho fosse mais interessante e agradável.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por me conceder todas as condições necessárias para que o desejo do meu coração fosse realizado, desde a superação das dificuldades aos encontros afetivos ocorridos nesta trajetória.

Agradeço imensamente à minha família, em especial à minha mãe Augustinha e à minha filha Cecília, que, resistentes, estiveram ao meu lado em todos os momentos, me abastecendo com todo o amor e com as orações necessárias à caminhada. Às minhas amigas-irmãs Danielle e Roberta, família que escolhi, obrigada pela amizade que sustenta.

Agradeço à minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Rosely, por todo o acolhimento e afeto com que me conduziu neste trabalho. Suas contribuições valiosas foram muito além das orientações acadêmicas. Toda a minha admiração e gratidão a esta mulher incrível e generosa.

Agradeço também ao meu co-orientador, Prof. Gil Sevalho, que sempre chacoalhou minhas certezas e me proporcionou reflexões fundamentais para que eu descobrisse o caminho a seguir.

Aos professores que compuseram a minha banca de defesa desta dissertação, agradeço pela pronta disponibilidade em contribuírem para este importante momento de minha formação acadêmica. Prof. Dr. Daniel Groisman, suas contribuições na minha banca de qualificação do projeto de pesquisa foram fundamentais! Prof.<sup>a</sup> Dra. Marize Cunha, não me esquecerei de suas palavras de afeto comigo e com o meu trabalho! Prof.<sup>a</sup> Dra. Marly Cruz, obrigada por sua generosidade nas aulas de Seminários, que me ajudaram a delimitar o meu objeto e compreender o meu caminho. Prof.<sup>a</sup> Dra. Hélia Kawa, uma grande alegria tê-la na suplência de minha banca! Obrigada por sua disponibilidade!

Às minhas colegas de turma, Amanda, Isadora, Bruna, Maria Ângela e Vanda, muito obrigada por todas as palavras de incentivo, pelas lágrimas e pelos sorrisos compartilhados. Um prazer imenso ter tido a vossa companhia por uma boa parte desse caminho.

Aos colegas de trabalho do ITERJ, que torceram por mim nesta empreitada. Em especial à Ana Lúcia e à Gabriela, queridas amigas que lutaram ao meu lado para que eu permanecesse firme diante das adversidades.

À equipe do SADI, meus amigos Carla, Vagner, Tamiris, Juliana, Sr. Paulo, obrigada por todo afeto e inspiração que vocês me trazem em nossa rotina de visitas domiciliares. E um agradecimento especial à D. Glória, nossa agente comunitária, que atuou como uma verdadeira assistente de pesquisa, além de minha protetora e fiel amiga.

Às minhas chefias, tanto do ITERJ (Nádia, Jacqueline e Kiara) quanto da Policlínica Regional do Largo da Batalha (Dra. Vivian e Sônia), que confiaram em mim, e me concederam todo o apoio necessário para o alcance dos meus objetivos.

De forma especial, também manifesto a minha gratidão a todos os idosos que colaboraram com a realização desta pesquisa, compartilhando comigo suas trajetórias de vida e de saúde, de forma tão generosa e dedicada. Por todos os risos, por todas as lágrimas, e por toda a experiência de ouvir e aprender com vocês, muito obrigada!

E, por fim, e não menos importante, agradeço ao meu namorado Luis Felipe, que esteve firme ao meu lado durante todo este processo, cuidando de mim no limite das suas possibilidades, e que, até contrariado, me apóia em todos os meus projetos. Obrigada por ter e ser amor!

*“Por que decaiu a arte de contar histórias? Talvez porque tenha decaído a arte de trocar experiências. A experiência que passa de boca em boca e que o mundo da técnica desorienta. (...) A arte da narração não está confinada nos livros, seu veio épico é oral. O narrador tira o que narra da própria experiência e a transforma em experiência dos que o escutam”.*

BOSI, 1994, p. 84-85.

## RESUMO

O envelhecimento populacional é uma tendência mundial. O Brasil acompanha esta tendência, e vem percebendo profundas transformações em seu perfil demográfico e epidemiológico, a serem criticamente analisadas e discutidas no âmbito das políticas sociais. O interesse em oportunizar a escuta de idosos residentes em área de abrangência de uma unidade de saúde do município de Niterói (RJ) – a Policlínica Regional do Largo da Batalha – revelou-se a principal motivação para a realização da pesquisa, que teve como objetivo geral analisar as percepções daqueles sujeitos acerca de suas necessidades e dos cuidados prestados pelos serviços de saúde durante o processo de envelhecimento, considerando suas trajetórias de vida. A partir de referenciais teóricos que promoveram reflexões acerca do envelhecimento como processo socialmente produzido; do cuidado em saúde como ação integral que vai além da realização de procedimentos técnicos; e das necessidades de saúde como derivadas das condições de vida, que, ainda que sentidas individualmente, conformam caráter social e político, apresenta-se a questão principal da pesquisa: como os idosos percebem as suas necessidades e o cuidado prestado pelos serviços de saúde diante do processo de envelhecimento específico que eles têm experimentado? A presente investigação trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que colheu narrativas, tendo por método a história oral, na modalidade temática. A colônia de colaboradores foi formada por doze idosos, divididos em duas redes, em que a Rede A foi composta por idosos que não freqüentavam grupos de promoção da saúde da policlínica e a Rede B composta por idosos que freqüentavam os grupos. Além da caracterização socioeconômica dos colaboradores, como resultado da pesquisa, foi produzido um corpus documental, formado por um processo de transcrição, textualização e transcrição das narrativas. A análise do corpus documental foi inspirada pelo método de análise de conteúdo de Bardin (2016), e seguiu indicações metodológicas da história oral. As análises foram apresentadas em duas partes: Trajetórias de Vida dos Colaboradores; e Necessidades de Saúde e Cuidados dos Serviços de Saúde. Quanto às Trajetórias de Vida dos Colaboradores, verificou-se que estes eram trabalhadores, que experimentaram profunda situação de pobreza na juventude; com baixa escolaridade, começaram a trabalhar muito cedo, em funções profundamente exploradas; e que, atualmente, ainda que vivam em melhores condições, continuam enfrentando dificuldades que impactam profundamente no processo de envelhecimento de cada um. Quanto às Necessidades de Saúde e Cuidados dos Serviços de Saúde, verificou-se que, ainda que a maioria dos sujeitos afirme ter as suas necessidades de saúde atendidas pelos serviços, estes também demonstram insegurança e apontam para a necessidade de melhoria em diversos aspectos desses serviços para que se sintam melhor cuidados por eles. Além de carências, os colaboradores também apontaram potencialidades dos serviços para que realizem uma assistência que alcance dimensões do cuidado para além da dimensão técnico-científica. Conclui-se que cuidar pressupõe considerar projetos de felicidade dos sujeitos, e por isso a grande importância de se ouvir as pessoas a quem se destinam as ações, desde o planejamento, a formulação e a execução das políticas públicas, sobretudo as de saúde.

**Palavras-chave: Idoso; Trajetórias de vida; Envelhecimento; Necessidades de saúde; Cuidados dos serviços de saúde.**

## ABSTRACT

Population aging is a worldwide trend. Brazil follows this trend, and has seen deep changes in its demographic and epidemiological profile, to be critically analyzed and discussed within the scope of social policies. The interest in opportunitizing the listening of elderly residents in an area of coverage of a health unit in the city of Niterói (RJ) - the Policlínica Regional do Largo da Batalha – reveals as the main motivation for conducting the research. The general purpose of the research was analyze the subjects' perceptions about their needs and the care provided by the health services during the aging process, considering their life trajectories. From theoretical references that promoted reflections about aging as a socially produced process; of health care as an integral action that goes beyond the execution of technical procedures; and health needs as derived from living conditions, which, although individually felt, conform to a social and political character, is presented the main research question: how the elderly perceive their needs and the care provided by the health services of the specific aging process they have experienced? The present investigation is a study of qualitative approach, that gathered narratives, using oral history method, in the thematic modality. The colony of collaborators was formed by twelve elderly people, divided in two networks: Network A being composed of elderly people who did not attend health promotion groups in the polyclinic; and Network B, composed of elderly people who attended the groups. Besides the socioeconomic characterization of the collaborators, as a result of the research, a documental corpus was produced, formed by a process of transcription, textualization and transcreation of the narratives. The analysis of the documental corpus was inspired by the method of content analysis of Bardin (2016), and followed methodological indications of oral history. The analyses were presented in two parts: Life Trajectories of Collaborators; and Health Needs and Care of Health Services. In Life Trajectories of Collaborators, it was verified that these were workers, who experienced a deep poverty situation in youth; with low schooling, they began to work very early, in functions deeply explored; and that, even though they live in better conditions, they continue to face difficulties that profoundly affect the aging process of each one. Regarding the Health Needs and Care of the Health Services, it was verified that, although the majority of the subjects affirm to have their health needs served by the services, they also demonstrate insecurity and they point to the necessity of improvement in several aspects of these services to make them feel better taken care of by them. In addition to shortcomings, the collaborators also pointed out the potential of the services to perform care that reaches dimensions of care beyond the technical-scientific dimension. It is concluded that caring presupposes considering projects of happiness of the subjects, and for that reason the great importance of listening to the people to whom the actions are destined, from the planning, formulation and execution of the public policies, especially those of health.

**Keywords: Elderly; Life trajectories; Aging; Health needs; Care of health services.**

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Estrutura relativa da população, por sexo e idade, Brasil 1940/2050..	18
Esquema 1 -	Comunidade de destino, Colônia e Redes.....	57
Quadro 1 -	Dados socioeconômicos dos colaboradores.....	60
Quadro 2 -	Durações das entrevistas.....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SADI	Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso
PRLB	Policlínica Regional do Largo da Batalha
FMS	Fundação Municipal de Saúde
COSAPI	Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
APS	Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
PMF	Programa Médico de Família
CCF	Clínica Comunitária da Família
CPDOC	Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
EJA	Educação de Jovens e Adultos
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	24
2.1	OBJETIVO GERAL.....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	24
3.1	ENVELHECIMENTO COMO PROCESSO SOCIALMENTE PRODUZIDO.....	31
3.2	REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO NO CAMPO DA SAÚDE.....	40
3.3	NECESSIDADES DE SAÚDE: CATEGORIA EMERGENTE.....	44
4	<b>OS CAMINHOS DA PESQUISA</b> .....	48
4.1	O CENÁRIO DO ESTUDO.....	50
4.2	O MÉTODO: HISTÓRIA ORAL.....	51
4.3	COMUNIDADE DE DESTINO, REDES E COLABORADORES.....	56
4.4	ETAPAS DA COLETA DE DADOS.....	62
4.5	CRITÉRIOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	67
5	<b>EXPERIÊNCIAS NARRADAS E SUAS ANÁLISES</b> .....	68
5.1	A ANÁLISE DE DADOS NA HISTÓRIA ORAL.....	68
5.2	ANÁLISE DAS NARRATIVAS.....	70
5.2.1	<b>Trajetórias de vida dos colaboradores</b> .....	71
5.2.2	<b>Necessidades de Saúde e Cuidados dos Serviços de Saúde</b> .....	96
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	115
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	120
	APÊNDICE A – FLUXOGRAMA DO LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO.....	127
	APÊNDICE B – CARACTERÍSTICAS DOS TRABALHOS DO LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO.....	128
	APÊNDICE C – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	129
	APÊNDICE D – FICHA DE CADASTRO DO COLABORADOR.....	132
	APÊNDICE E – QUADRO DE ALINHAMENTO METODOLÓGICO.....	133
	APÊNDICE F – <i>CORPUS</i> DOCUMENTAL.....	134

## 1. INTRODUÇÃO

*“A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer  
A barba vai descendo e os cabelos vão caindo pra cabeça aparecer  
Os filhos vão crescendo e o tempo vai dizendo que agora é pra valer  
Os outros vão morrendo e a gente aprendendo a esquecer”*  
(Trecho da música “Envelhecer”, de Arnaldo Antunes)

Envelhecer é um processo inexorável. Não há ação que pare o tempo, e que evite o processo de envelhecimento humano, que, aliás, se inicia muito antes de quando o sujeito se percebe velho. Os anos vão passando, os outros vão e vêm, a paisagem vai mudando. Até que um dia o espelho denuncia cabelos brancos, ou a falta deles, e as coisas já não são como eram antigamente. Antigamente... A saúde já não é mais a mesma, e cada um carrega suas histórias, suas marcas, suas necessidades de cuidado. Mas as compreensões acerca do cuidado são diversas, construídas na trajetória da vida dos sujeitos. A vida de cada um que mora num determinado lugar vai formando um mosaico com as outras vidas dali, um quadro composto por experiências individuais e coletivas. Ou melhor, um filme! Porque não pára. Porque as vidas continuam, em contextos locais que se relacionam com contextos mais amplos.

Considerando a dinâmica das vidas em curso, em especial atenção à população idosa residente na área de abrangência de uma policlínica no município de Niterói (RJ), surgiu a iniciativa de realização desta pesquisa, voltada para o tema da saúde do idoso. Está posto o desafio de abordar o cuidado experimentado pelos sujeitos que envelhecem naquela localidade, mais especificamente aquele prestado pelos serviços de saúde.

Nesta empreitada, interessou-nos ouvir o que têm a nos dizer os próprios sujeitos idosos, que nos apresentando suas experiências de vida, também nos revelam suas necessidades reais. Exatamente por este motivo, este estudo se tornou uma boa oportunidade de, buscando ouvir individualmente os idosos, conhecermos o que há de coletivo nestas experiências e problematizarmos o cuidado prestado aos mesmos.

Para tal, a presente pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, que colheu narrativas de idosos, tendo por método a história oral, na modalidade temática. Por meio de procedimentos metodológicos rigorosos, foram realizadas entrevistas, posteriormente passadas da linguagem oral para a linguagem escrita, que formaram um extenso e rico *corpus* documental, a partir do qual foram realizadas análises sistematizadas.

É de fundamental importância apontar que o contexto em que se insere a pesquisa é aquele que identifica o envelhecimento populacional como uma tendência mundial, que se

acelera rapidamente, fruto da combinação de aumentos na expectativa de vida das populações com quedas acentuadas nas taxas de fertilidade. Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, publicado em 2015, pela Organização Mundial de Saúde, já no início daquela década, pela primeira vez na história da população mundial, a maioria das pessoas podia esperar viver até os 60 anos e mais (OMS, 2015).

Carvalho e Brito (2005) afirmam que a população brasileira vivenciou, no final do século XX, rapidíssimo declínio de fecundidade, e que este fenômeno não pode ser chamado de inesperado. Realizando uma revisão histórica da dimensão política acerca da questão demográfica, os autores iniciam apontando que, após a II Guerra Mundial, o crescimento populacional passou a fazer parte da agenda internacional, configurando-se uma realidade principalmente em países então considerados subdesenvolvidos, como o Brasil, com a finalidade de aumentar a oferta de mão-de-obra (CARVALHO; BRITO, 2005).

Concomitantemente, estes países vivenciavam o declínio das taxas de mortalidade, combinado com altas taxas de fecundidade, e um movimento importante de migração do campo para as cidades.

No Brasil, o rápido crescimento populacional, somado à estagnação em grande parte das áreas rurais, nos anos 60, e à modernização agrícola patrocinada pelas políticas públicas, nos anos 70, tinha proporcionado uma transferência maciça de população para as cidades, principalmente para os maiores centros urbanos, acelerando o processo de urbanização a taxas historicamente inéditas. (CARVALHO; BRITO, 2005, p. 353)

Com a Guerra Fria, confronto político-ideológico internacional, o otimismo demográfico (acreditava-se que o crescimento populacional promoveria a modernização da sociedade e o desenvolvimento da economia) deu lugar a um pessimismo (necessário controlar o “círculo vicioso da pobreza”), incluindo, nos pacotes de colaboração econômica, política e militar dos países hegemônicos ao mundo subdesenvolvido, o controle de natalidade (CARVALHO; BRITO, 2005).

No Brasil, durante a ditadura militar, as posições referentes ao controle de natalidade se diferenciavam dentro dos grupos que davam sustentação interna ao regime, e conforme afirmam Carvalho e Brito (2005), os militares, que assumiram a responsabilidade direta pelo controle do aparelho estatal, defendiam, em sua maioria, a tese de que o território brasileiro comportaria uma população maior e, portanto, não se atemorizavam com o problema do rápido crescimento demográfico. No entanto, uma proporção significativa dos tecnocratas, associados aos militares na administração pública, mostrava-se defensora da necessidade de

políticas públicas que contribuíssem, efetivamente, para o controle da natalidade, sendo um deles o economista Mário Henrique Simonsen, que foi ministro duas vezes nos governos militares (CARVALHO; BRITO, 2005), e defendia que o crescimento da economia e a redução da pobreza seriam bastante facilitados se o crescimento populacional fosse menor. Ainda assim,

[...] a posição desse segmento da tecnocracia não foi suficientemente influente para incluir a questão do crescimento demográfico na agenda governamental, até porque outros grupos importantes no cenário político, como a Igreja Católica, eram francamente contrários a qualquer política de regulação da fecundidade e até de oferta de serviços neste campo. (CARVALHO; BRITO, 2005, p. 356)

Silva (2000), citando Fonseca Sobrinho (1993), identifica estas posturas relacionadas a políticas populacionais como antagônicas, convivendo na sociedade e no governo brasileiro, chamando-as de ‘coalisão antinatalista’ e ‘coalisão anticontrolista’. Para Fonseca Sobrinho (1993), nenhum destes blocos teve poder suficiente para impor sua opinião. A partir da década de setenta, embora não tenha sido implementada uma política oficial de contenção do crescimento demográfico, houve a permissão que instituições não governamentais aplicassem medidas de controle demográfico através de programas de planejamento familiar que distribuía anticoncepcionais orais e praticavam a esterilização (SILVA, 2000). Ou seja, as taxas de fecundidade começaram a cair, a princípio entre grupos e regiões mais desenvolvidas, e depois em toda a população.

Desta forma, o Brasil, a partir de 1970, começou a perceber transformações em seu perfil demográfico (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016), onde, no lugar de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e alto risco de morte na infância, emerge uma sociedade principalmente urbana, e novos arranjos familiares, com menos filhos.

Trata-se da transição demográfica, que Brito (2008) caracteriza como um dos fenômenos estruturais mais importantes que tem marcado a economia e a sociedade brasileiras, desde a segunda metade do século passado. Este fenômeno é universal, mas está profundamente marcado pelas condições históricas em que se realiza, permeado por fortes desequilíbrios regionais e sociais. E acrescenta que não há neutralidade neste processo, já que tanto pode criar possibilidades demográficas que potencializem o crescimento da economia, quanto potencializar as adversidades econômicas e sociais, ampliando as graves desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira.

Vasconcelos e Gomes (2012), analisando as transformações no perfil demográfico no Brasil, apontam que, embora no país as mudanças nas taxas de mortalidade e nas taxas de

fecundidade já estejam bem adiantadas, há que se considerar que as regiões brasileiras vivem momentos diferentes na transição. Variações nas tendências de crescimento dos segmentos da população jovem, adulta e idosa, em resposta aos diferentes níveis e ritmos de queda dos indicadores de mortalidade e fecundidade, confirmam que a transição demográfica não tem ocorrido de maneira simultânea, tampouco homogênea, ao longo do território brasileiro.

Ademais, acredita-se que o momento atual da transição demográfica proporciona ao país condições favoráveis, que constituiriam um “bônus demográfico”. Esse momento especial, que toda sociedade experimentou, experimenta ou deverá experimentar, caracteriza-se pela redução da razão de dependência e sua relação com a proporção de população em idade ativa, ou seja, aquela que possui de 15 a 59 anos de idade (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Os demógrafos têm chamado atenção para as oportunidades demográficas que poderiam ser usufruídas pela sociedade e economia, entre 2010 e 2030, em função, principalmente, do crescimento da PIA [população em idade ativa], acompanhado pela redução da razão de dependência total, que, nesse período, alcançará seus menores valores, em torno de 50%, sendo que o peso relativo dos idosos ainda será bem menor do que o dos jovens. Ter-se-ia, para cada 100 pessoas em idade ativa, apenas 50 jovens e idosos, com preponderância dos jovens. Em outras palavras, as transferências intergeracionais seriam favorecidas pela relação de um por dois, ou seja, apenas uma pessoa dependente para cada duas potencialmente produtivas. (BRITO, 2008, p. 18)

No entanto, o bônus demográfico somente se converte em reais benefícios quando há políticas públicas voltadas para a garantia de emprego da mão-de-obra disponível com uma remuneração condizente, a sua regulação pela legislação trabalhista, uma política fiscal e previdenciária adequada, dentro de um contexto de crescimento da economia (BRITO, 2008). Mas esta não é a realidade brasileira, marcada por inúmeras desigualdades regionais e sociais. Desta forma, a transição demográfica vai gradativamente perdendo sua eficácia social, cada vez que se distancia dos grupos de renda mais altos.

Destaca-se que, associado ao processo de transição demográfica, vivenciado no contexto mundial, vem ocorrendo nos países outro fenômeno. J. D. Araújo (2012) afirma que, no transcorrer do último século, os países centrais da economia mundial apresentaram uma profunda transformação em seu perfil epidemiológico. As características principais deste processo seriam a gradual e progressiva queda das doenças infecciosas e parasitárias, assim como a ascensão das doenças crônico-degenerativas (principalmente as doenças cardiovasculares) como causa de morte. Trata-se do que Omram (1971), citado por J. D.

Araújo (2012) chamou de “transição epidemiológica”, que se configura como alterações nos padrões de morbidade e de mortalidade dos países desenvolvidos – aqueles positivamente beneficiados pela Revolução Industrial.

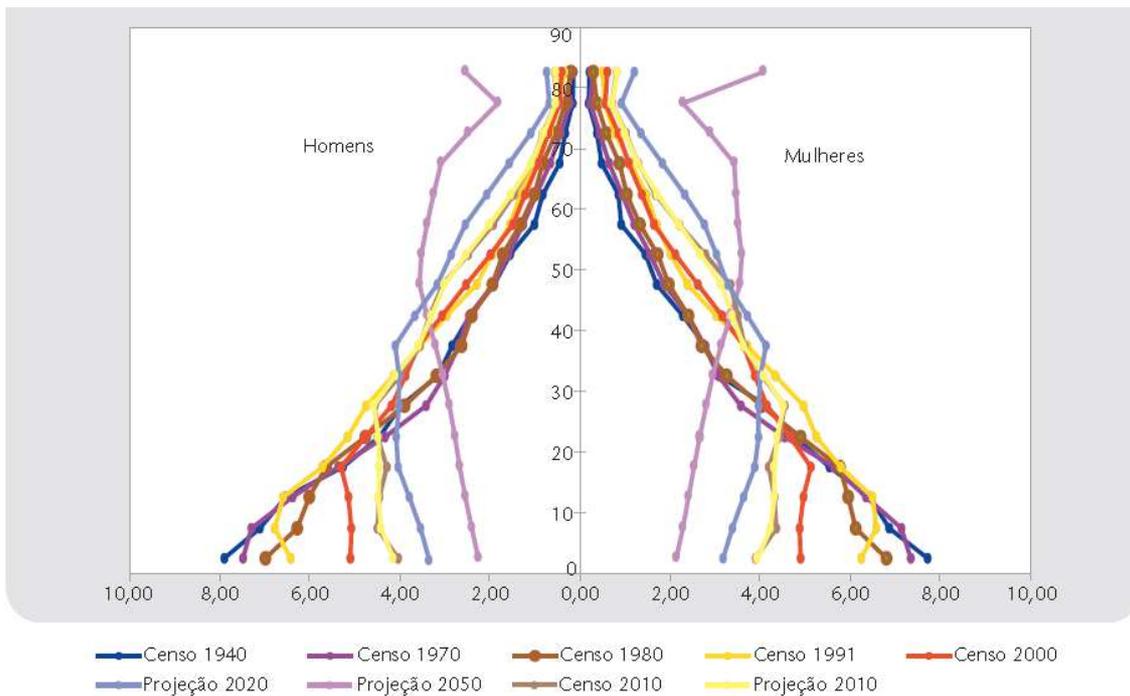
Já em relação aos países considerados “em desenvolvimento”, ou seja, aqueles situados na periferia do sistema econômico mundial, J. D. Araújo (2012) reconhece que também houve, nos últimos 50 anos, uma transformação em seus perfis de morbidade e de mortalidade, mas que não se deu de forma idêntica àquela verificada nos países centrais.

Considerando que a melhoria nas condições de vida nos países periféricos vem se dando de forma gradual e descontínua, o declínio das doenças infecciosas deu-se mais lentamente, e só se acentuou após o advento dos antibióticos e de outros avanços da medicina moderna. Quedas nas taxas de mortalidade associadas à persistência de altas taxas de natalidade promoveram uma aceleração no crescimento populacional, com o aumento gradual da expectativa de vida. Assim como nos países centrais, as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas e as causas externas passaram a assumir maior importância entre as causas de morte nos países economicamente periféricos. No entanto, nestes últimos, persistem ainda altas taxas de mortalidade e de morbidade por doenças infecciosas e parasitárias (ARAÚJO JD, 2012).

No Brasil, mais especificamente, observa-se o que J. D. Araújo (2012) chama de “polarização epidemiológica”, onde o problema emergente do aumento da morbidade e da mortalidade pelas doenças crônico-degenerativas se defronta com a permanência, ou até mesmo o recrudescimento das doenças infecciosas e parasitárias, considerando ainda as enormes disparidades de indicadores de saúde entre as regiões do país. “Observa-se assim, no Brasil, ao lado da polarização entre tipos de agravos à saúde, um outro tipo de polarização, a geográfica” (ARAÚJO JD, 2012, p. 536). O autor ainda chama a atenção para a polarização social, que se manifesta pelos desníveis nos indicadores de mortalidade e morbidade entre diferentes grupos populacionais, dentro de uma mesma região, estado ou cidade. Trata-se da expressão das desigualdades de renda, da carência, de alimentação, moradia, saneamento, educação e, também, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Tanto a transição demográfica quanto a transição epidemiológica têm repercutido em mudanças na estrutura etária da população. Com mudanças nos padrões de adoecer e morrer, a expectativa de vida vem aumentando de forma acelerada, e aponta para o envelhecimento da população. Em 1950 e 1960, a população brasileira era extremamente jovem, tendo iniciado o seu processo de envelhecimento com o estreitamento na base da pirâmide a partir de 1970 (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

**Figura 1** – Estrutura relativa da população, por sexo e idade, Brasil – 1940/2050.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2010 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 2000-2050.

A população idosa – com 60 anos de idade ou mais, adotando-se o conceito da Organização Mundial da Saúde, se ele residir em países em desenvolvimento – tem crescido mais que a população total, aumentando, conseqüentemente, sua participação relativa, sendo esta uma característica marcante na transição da estrutura etária brasileira. Conforme Figura 1, entre 2010 e 2050, a previsão é de que este grupo populacional triplique em termos absolutos, passando de 19,6 milhões para 66,5 milhões, ou seja, de 10,8% para 29,3% da população brasileira (IBGE, 2016).

No entanto, não se pode tratar do tema do envelhecimento populacional de forma alarmista. Há de se afastar do discurso ameaçador de uma explosão populacional que levaria a sociedade a uma convulsão econômica e social devido ao aumento do número de pessoas idosas.

Mothé (2017), em um estudo sobre o impacto econômico real da mudança demográfica no Brasil, nega o “fatalismo demográfico”, afastando o temor frente ao envelhecimento populacional que tem como raiz a possibilidade da produção dos trabalhadores em idade ativa não crescer o suficiente para compensar o aumento da proporção, em relação à população, daqueles já inativos.

Em seu estudo, Mothé (2017) argumenta que o envelhecimento populacional, antes de ser um problema fiscal ou financeiro, é um fenômeno que deve ser considerado sob a ótica da

produção. Ao analisar o possível problema econômico oriundo do envelhecimento populacional as categorias de interesse não são simplesmente o quantitativo de idosos e não-idosos, mas de indivíduos economicamente ativos e aqueles não-economicamente ativos. Ou seja, o que interessa são aqueles que trabalham e quanto produzem em comparação com o contingente dos que não trabalham, independentemente da idade.

Se o aspecto da produção (o lado real da economia) muito provavelmente não será afetado pelo envelhecimento populacional no Brasil, o que resta a ser feito de forma cientificamente pertinente são análises sobre como esse fenômeno se relacionará com a questão da distribuição do produto social no futuro. Apesar de não ser posta de forma direta no debate, é o que está verdadeiramente em jogo quando se trata do tema do envelhecimento populacional. (MOTHÉ, 2017, p. 45)

Ainda que, economicamente, o fenômeno do envelhecimento populacional por si só não possa causar o impacto anunciado pelo discurso fatalista, é importante que o mesmo seja considerado e profundamente discutido no planejamento e reformulação das políticas sociais.

Cabe trazer à reflexão que foi apenas na Constituição de 1988 que a pessoa idosa passou a ser reconhecida como detentora de direitos, pois antes deste marco histórico, os idosos eram apenas reconhecidos como trabalhadores fora do mercado ou desvalidos (FALEIROS, 2007).

Analisando os direitos das pessoas idosas nas constituições brasileiras, Faleiros (2007) registra que foi a partir da Constituição de 1934 que a velhice passou a ser referida como uma etapa improdutiva, possuindo direitos apenas aqueles idosos que tivessem sido inscritos na produção, ou seja, havia direitos trabalhistas para os trabalhadores velhos.

As Constituições 1946 e 1967 não alteraram a lógica contributiva, havendo mudança de paradigma apenas na Constituição de 1988. Há que se registrar que, em 1974, durante a ditadura militar, foi instituída a Renda Mensal Vitalícia, no valor de 50% do salário mínimo para maiores de 70 anos que houvessem contribuído com a Previdência ao menos por um ano, como uma tentativa de se garantir o direito de uma renda para idosos que não recebiam aposentadoria.

Faleiros (2007) destaca que foi no final da década de 70, e durante a década de 80, que houve a aglomeração de idosos em torno de grupos de convivência, articulados a diversas organizações, em prol da conquista de direitos pela pessoa idosa.

A Constituição de 1988, refletindo “um pacto social fundado na democratização da sociedade” (FALEIROS, 2007, p. 42), ecoou esta luta, conferindo à pessoa idosa direitos relacionados à família, ao trabalho e à previdência, abarcando proteção decorrente da

solidariedade ou reciprocidade – cobertura de necessidades e em decorrência da contribuição e do trabalho. Ocorre, a partir da Constituição de 1988, o reconhecimento da necessidade de proteção ao idoso, assim como o incentivo ao protagonismo, à participação e à qualidade de vida, que devem ser articulados na implementação das políticas sociais.

Durante a Constituinte, aconteceu o “movimento dos 147%” (diferença no reajuste de quem ganhava acima de um salário-mínimo), que Veras e Oliveira (2018) caracterizam como emblemático na organização dos aposentados, tendo recebido apoio da mídia, o que influenciou positivamente a opinião pública, multiplicando as adesões ao movimento e dando visibilidade às questões do envelhecimento. O movimento obteve a vitória judicial, refletindo em uma ampliação do processo de fortalecimento político dos aposentados. Mas esta estratégia continha em si seu contrário, pois propiciou também um esvaziamento do movimento após a efetivação das conquistas financeiras (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Para dar respostas às demandas da população idosa, em 1994 foi sancionada a Política Nacional do Idoso (PNI) - Lei nº 8.842 (04/01/1994). Esta buscou assegurar direitos sociais à pessoa idosa, em prol da promoção da sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Possuindo uma concepção avançada para a sua época, segundo Veras e Oliveira (2018), a PNI não conseguiu ser aplicada em sua totalidade. Influenciada pelas discussões internacionais acerca do envelhecimento, esta política também foi resultado de discussões e consultas por todo o país, com ampla participação de idosos, gerontólogos e a sociedade civil em geral.

No ano de 1998, um grupo de profissionais de vários estados do Brasil, professores universitários e técnicos do Ministério da Saúde, foi convocado para elaborar uma política, de abrangência nacional, que tivesse como objeto a saúde do idoso. Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que apontou a perda da capacidade funcional como o problema mais relevante a que está sujeito o idoso, que constitui a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Nesta política estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor saúde, e indicadas responsabilidades institucionais para o alcance da proposta, visando a promoção do envelhecimento saudável.

Em paralelo à promulgação da PNSI, o movimento dos aposentados e pensionistas e o Fórum Nacional do Idoso mantiveram-se na luta durante um longo período, desde 1997, buscando aprovar o Estatuto do Idoso em meio a uma correlação de forças que não favorecia o processo. De certa forma, a idéia do Estatuto surgiu da crítica em relação à falta de efetividade e não realização de inúmeras medidas de proteção e ações previstas na PNI.

Apenas em 2003 foi sancionada a redação final do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741), elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos.

Veras e Oliveira (2018) avaliam que se trata de um passo importante da legislação brasileira na sua adequação às orientações do Plano de Madri<sup>1</sup>, cumprindo o princípio referente à construção de um entorno propício e favorável para as pessoas de todas as idades. O Estatuto destinou-se a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, reconhecendo-as como sujeitos que gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, buscando assegurar todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não estabelece prioridades para sua implementação e não prevê claramente os recursos para o financiamento das ações propostas. Embora o Estatuto tenha sido promulgado em 2003, apenas em 2010 foi publicada a lei que institui o Fundo Nacional do Idoso, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2011.

No entanto, Camarano (2013) chama a atenção para o fato de que nem no estatuto e nem na lei de criação do fundo foram explicitados os programas e ações que deveriam ser prioritários dentre as propostas para a população idosa. A mesma autora afirma que o grande avanço do Estatuto do Idoso está na previsão do estabelecimento de crimes e sanções administrativas para o não cumprimento dos ditames legais, prevendo a ação do Ministério Público na garantia dos mesmos.

Em 2006, a PNSI foi atualizada pela Portaria nº 2.528/GM. A nova política de saúde voltada para o idoso, agora chamada de Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) “manteve todos os itens inovadores de sua antecessora, mas se preocupando com a implementação das ações e indicando as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta” (VERAS; OLIVEIRA, 2018, p. 1932).

Segundo Dantas (2015), a implantação de políticas de saúde voltadas para a saúde da pessoa idosa no SUS envolve atitudes diferenciadas, resgatando o idoso da condição de alvo passivo, para a posição de sujeito de direitos, a ser proporcionada igualdade de oportunidades

---

<sup>1</sup> Em 2002, ocorreu em Madri (Espanha), a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento. Buscando o desenvolvimento de uma política internacional para o envelhecimento no século XXI, foram adotados uma Declaração Política e um Plano de Ação Internacional, conhecido como Plano de Madri (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

e de tratamento em todos os aspectos da vida, sendo a independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa.

Com base na PNSPI, várias iniciativas têm sido desempenhadas em todo o território nacional, buscando alinhamento com as orientações federais. Mas é preciso problematizar, e refletir se as ações empregadas de fato atendem aos interesses, às demandas e às necessidades da população usuária, que vivencia o processo de envelhecimento. Há um extenso arcabouço jurídico, que orienta o atendimento ao idoso. Há serviços de saúde que buscam o alinhamento com este arcabouço, com o intuito de prestar o cuidado à população idosa. É necessário conhecer o que pensam os idosos acerca deste cuidado prestado pelos serviços de saúde, sendo esta a motivação essencial da presente pesquisa, que surgiu no contexto de uma experiência local de atendimento à população idosa.

Em 2017, o Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso (SADI) da Policlínica Regional do Largo da Batalha foi inscrito no 5º Mapeamento de Experiências Exitosas Estaduais e Municipais no campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, iniciativa que integra, desde 2013, a agenda anual da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI/DAPES/SAS) do Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz).

Com o objetivo de conhecer e dar visibilidade a boas práticas de municípios e estados no campo da saúde da pessoa idosa, o Mapeamento incentiva que gestores fomentem estratégias e ações que contribuam para qualificar o cuidado à pessoa idosa no SUS. O SADI, desta forma, constituiu uma das experiências exitosas divulgadas no site como inscritas no Mapeamento de 2017 (<https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/pratica/servi%C3%A7o-de-atendimento-domiciliar-ao-idoso-sadi> ).

Apesar da motivação para a realização da pesquisa pretendida ter sido originada por interesse na experiência desenvolvida pelo SADI, no desenvolvimento do projeto a iniciativa extrapolou os limites deste serviço, buscando investigar o que pensam idosos atendidos pelos diferentes serviços da Policlínica Regional do Largo da Batalha, acerca do cuidado prestado no decorrer da experiência de envelhecimento. Surgiu o interesse em ouvir aqueles sujeitos a quem normalmente se destinam as ações dos serviços de saúde, mas a quem pouco se dedica a escuta acerca de suas necessidades.

Considerando o processo de invisibilidade a que está sujeito o velho, devido a inúmeros estigmas, este trabalho procura conferir aos mesmos a oportunidade da expressão, e, a partir dela, compreender melhor o envelhecer e o cuidado. Acredita-se que o sujeito idoso é potente enquanto observador crítico dos serviços de saúde e de suas mudanças, por conta da

sua memória de acesso e da qualidade do cuidado prestado, adquirindo conhecimento sob um ponto de vista nem sempre valorizado.

O estudo do objeto em questão poderá subsidiar o trabalho das equipes, assim como as decisões dos gestores locais e municipais da saúde, no campo da saúde do idoso, constituindo assim a sua **relevância social**. Uma vez que as questões relativas ao envelhecimento e ao cuidado fazem parte dos processos de determinação da saúde e da doença, os serviços de saúde precisam estar atentos às demandas que são apresentadas pela população idosa, assim como apresentar contribuições efetivas para o enfrentamento destes desafios. É possível que a pesquisa coloque em evidência as ações de saúde da PRLB, voltadas para a população idosa, o que poderia contribuir, em melhor hipótese, para o fortalecimento destas iniciativas, assim como poderia fornecer bases para a análise destas ações, direcionando intervenções para melhorias dos mesmos. Outro aspecto que confere relevância social ao projeto está relacionado com a reflexão que será provocada nos sujeitos idosos participantes da pesquisa, que poderá contribuir para que criem novas alternativas para lidarem com os problemas da vida, assim como novos posicionamentos em relação ao cuidado voltado para si e para a coletividade.

Acredita-se que também haja **relevância política**, uma vez que o trabalho poderá ser utilizado como instrumento na luta de movimentos sociais em prol de políticas públicas voltadas para a saúde do idoso em Niterói, assim como poderá servir de subsídio para a ação de organizações da sociedade civil. A produção científica que lança luz sobre necessidades de cuidado de idosos contribui para que demandas sejam sistematizadas e/ou fortalecidas, ao serem apresentadas em fóruns, conselhos de direitos e outras instâncias de controle social, evidenciando necessidades de cuidado que podem ser comuns a várias populações idosas.

Quanto à **relevância científica**, é possível que o conhecimento das experiências de vida dos sujeitos idosos em questão – especialmente de que forma vivenciam o cuidado e o envelhecimento – contribua para que se aproxime um pouco mais a academia das questões enfrentadas no cotidiano pelas classes populares. Faz do senso comum matéria-prima para a produção do conhecimento acadêmico, em que o homem e a mulher comuns tornam-se sujeitos de uma narrativa que produz conhecimento científico sobre a vivência cotidiana destes. Por muitas vezes, o conhecimento acerca do envelhecimento é produzido por atores diversos, que falam pelos idosos (familiares, profissionais de saúde, etc.).

Diante do comprometimento explícito com os sujeitos que envelhecem, buscando lançar luz às suas narrativas sobre experiências de vida, evidencia-se, em última instância, a intenção militante de contribuir para a transformação do *status quo* do grupo abrangido.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Analisar as percepções de idosos acerca de suas necessidades e do cuidado prestado pelos serviços de saúde durante o processo de envelhecimento, a partir do relato de experiências vivenciadas em suas trajetórias de vida.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer as diferentes percepções sobre o processo de envelhecimento e as necessidades individuais e sociais dos idosos, abordando as suas trajetórias de vida;
- Conhecer as percepções dos idosos acerca do cuidado prestado pelos serviços de saúde, considerando as suas necessidades individuais e sociais;
- Discutir a relação entre as experiências de envelhecimento e de cuidado prestado pelos serviços de saúde, diante das necessidades individuais e sociais apontadas pelos idosos.

## **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

A fim de subsidiar teoricamente a análise das percepções de idosos sobre as suas experiências de envelhecimento e de cuidado prestado por serviços de saúde, foram percorridos dois caminhos distintos, mas complementares: buscou-se realizar um levantamento bibliográfico dos estudos (artigos, dissertações e teses) que foram publicados nos últimos anos a respeito do tema; assim como se recorreu à leitura de obras relevantes que têm sido referência em algumas discussões em torno do envelhecimento e do cuidado, e que não apareceram no levantamento supracitado.

Antes de aprofundarmos na apresentação dos resultados obtidos nas expedições supracitadas, é importante marcar o ponto de partida para as reflexões presentes neste estudo. Tratando-se de uma pesquisa situada no campo da Saúde Pública, é importante declarar sobre qual entendimento de saúde se baseia este trabalho. Este se fundamenta no reconhecimento de que o processo saúde-doença possui um caráter histórico-social, a partir do qual se busca superar o conceito tradicional de saúde reduzido à simples ausência de doenças, numa visão puramente biológica.

Neste estudo, circunscrito na temática da saúde do idoso, a saúde é compreendida a partir da produção social do humano nas pessoas e das condições de sua máxima realização,

sendo defendido o conceito de determinação social do processo saúde-doença. Tendo notória importância na formação da epidemiologia social latino-americana e na história do movimento sanitário brasileiro, este conceito vem apontando para a limitação da concepção biológica da doença e a influência das questões históricas e sociais no processo de adoecimento. Coloca no centro da discussão o processo social que dá origem às desigualdades sociais, tendo como categoria fundamental as classes sociais de Marx.

As relações de exploração da classe dominante sobre a classe trabalhadora são a base do processo de produção, e conseqüentemente também definem o processo de distribuição desigual do poder. Sendo esta a sustentação da sociedade capitalista, nesta perspectiva, a iniquidade é vista como característica intrínseca da sociedade, pois diz respeito à essência do seu modo de produzir, inclusive saúde (BREILH, 2008).

Não se trata de ignorar a dimensão biológica de reprodução da vida, ou de desconsiderar as questões subjetivas que também interferem nas condições de saúde dos indivíduos, mas de centrar a análise nas questões sociais que também compõem o processo de determinação da saúde e da doença das populações, compreendendo que

[...] o processo saúde-doença apresenta simultaneamente caráter social e biológico, e pode ser analisado com metodologia social e biológica, ou seja, como um processo único. O estudo empírico do processo saúde-doença permite descrever as condições de saúde de um grupo relacionadas às condições sociais deste, evidenciando a problemática de forma mais abrangente do que a mera descrição biológica das condições de saúde, fato que influencia, diretamente, na prática sanitária. (ROCHA; DAVID, 2015, p. 131).

Demarcado o ponto de partida, registra-se que a preocupação deste trabalho é abordar o envelhecimento, não em seus aspectos biológicos, mas enquanto processo socialmente produzido, assim como as concepções do cuidado são vistas como respostas às necessidades de saúde dos sujeitos, que não se encerram nas demandas individuais, e são compreendidas no âmbito da sociedade.

Como uma forma de explorar o tema, tendo como finalidade contribuir para o delineamento do presente estudo, como já anunciado, foi realizado um levantamento bibliográfico nos meses dezembro de 2017 e janeiro de 2018, no portal da Biblioteca Virtual em Saúde / BVS (<http://bvsalud.org/>). A estratégia de busca utilizada contemplou os termos “saúde do idoso”, “envelhecimento”, “cuidado”. Também foi acrescentado o termo “qualitativa”, já que se almejava identificar estudos que apresentassem este tipo de

abordagem. Foram aplicados filtros, buscando o refinamento da pesquisa, que consistiram no idioma (português) e na disponibilidade de textos completos.

Foram encontrados 74 resultados para a busca, entre artigos de periódicos científicos, dissertações e teses, sendo identificado que havia 19 estudos que apresentavam duplicidade entre as bases. Eliminando-se os materiais duplicados, restaram 55 que foram selecionados para análise.

De forma esquemática, o Apêndice A apresenta o Fluxograma de identificação e seleção dos trabalhos. Foi possível identificar os tipos de estudos, os tipos de abordagens metodológicas e os sujeitos de pesquisa. Logo em seguida, foram aplicados critérios de exclusão (eliminados estudos que não tivessem como sujeitos participantes exclusivamente idosos, e estudos cujo foco não fosse envelhecimento ou cuidado).

Foram então selecionados 18 trabalhos, identificadas as principais características dos mesmos, conforme quadro constante no Apêndice B. Os trabalhos foram então divididos em duas categorias: aqueles que buscaram conhecer percepções dos idosos sobre o **envelhecimento** (5 estudos) e aqueles que investigaram percepções dos idosos sobre o **cuidado** (13 estudos).

Os resultados desta primeira incursão exploratória do tema, no que se refere ao envelhecimento, indicaram que existe uma grande diversidade de modos de envelhecer, que não existe modelo pronto (KERTZMAN, 2004), e que os idosos percebem o seu envelhecer de maneiras distintas (CUNHA, 2013). Os estudos, em geral, apontam duas principais formas de perceber o envelhecimento: a forma positiva e a forma negativa.

Cunha (2013) identificou nas falas dos idosos “coisas boas” do envelhecimento, como fruto da sabedoria, bens conquistados, realização individual, amadurecimento, valorização da independência, autonomia e capacidade funcional. Já C. A. S. L. Freitas et. al (2010) apontam que os idosos percebem a velhice numa perspectiva de felicidade, como algo que traz alegria, referindo satisfação de estarem vivos e com saúde, assim como, serem personagens de uma grande conquista que é ser idoso, embora alguns a descrevam como uma fase sofrida e rodeada de “coisas ruins”.

Sobre estas “coisas ruins”, os idosos ouvidos por Cunha (2013) apontaram as frustrações e a solidão, além de uma tendência de associação do envelhecimento à doença, incapacidade, dependência, privação de viver. Já os discursos identificados por Kuznier e Lenardt (2011) identificaram que houve a emergência das seguintes idéias centrais: a) o envelhecimento é um ciclo natural da vida; b) é triste, porque se perde o “pique” e a saúde. Os idosos afirmam que é preciso saber envelhecer, compreender e enfrentar o envelhecimento,

porque faz parte do ciclo natural da vida humana, no entanto, relacionam o envelhecimento às situações depreciativas da vida.

No estudo de Silva e Boemer (2009), foi possível perceber que as pessoas não se sentem envelhecendo, mas continuando a viver outro momento de sua existência, expresso no conflito: “se o modelo de velhice sempre foi o de declínio físico e psicológico e afastamento do mundo social, quem sou eu, que chego aos 60, com vitalidade e necessidades sociais?” (SILVA; BOEMER, 2009, p. 100). Já no trabalho de Kertzman (2004), os resultados apontaram que a velhice ativa é aquela que não se identifica com a condição socialmente estabelecida para ela, que potencializa os ganhos e não as perdas. As perdas são notadas, há referência à presença de problemas, mas, no geral, o foco de luz está nos ganhos.

Kertzman (2004) ainda afirma que, como resultado de sua pesquisa, identificou que estes "novos velhos" estão (re)inventando maneiras de serem sujeitos idosos, sendo pioneiros na arte de saber viver esta fase da vida.

No que se refere aos achados sobre a percepção de idosos acerca do cuidado, foi possível identificar que os estudos tiveram focos distintos. Estes se referiram a diferentes prestadores: a família; a rede de apoio social; o ambulatório hospitalar; a universidade; a instituição de longa permanência para idosos (ILPIs); a unidade de saúde da Atenção Básica/Saúde da Família. Além desses estudos, ainda houve trabalhos que tiveram como foco o cuidado no geral, sem apontar exatamente o agente cuidador (ver Apêndices A e B).

Sobre o cuidado familiar, Rosseto-Mazza (2008) identificou que os idosos entrevistados apontaram a família como a instituição mais valorizada para executar o cuidado, sendo identificado o afeto como um componente fundamental no cotidiano de relações dos idosos com seus cuidadores. Alguns idosos apontaram o cuidado familiar como uma obrigação ou uma retribuição dos familiares a cuidados já prestados por eles, numa compreensão de que seja uma consequência natural da vida, quando é necessário para uma pessoa mais fragilizada. Também foram identificadas representações relacionadas a tensão, desgaste, vocação do cuidador, solidão, e troca de papéis. De um modo geral, o estudo verificou que os idosos pesquisados pertenciam a famílias que se sentem abandonadas e sozinhas para prestar cuidados a seus membros mais vulneráveis, e que, quando encontram serviços de saúde e sociais para auxiliá-los no cuidado propriamente dito, no amparo psicológico e de sua saúde, a prestação do cuidado fica mais fácil e menos onerosa tanto para o cuidador quanto para o idoso (ROSSETO-MAZZA, 2008)

No estudo com idosos camponeses, de Pignatti, Barsaglini e Senna (2011), voltado para o cuidado prestado por rede social de apoio, a presença da família foi apontada como

fonte de apoio central, sendo significativa a ajuda dos filhos no plano econômico/material, tanto com o próprio trabalho quanto com dinheiro. No entanto, em muitos casos identificados no estudo, os idosos são responsáveis também pela manutenção da família, sendo comum a renda da aposentadoria manter a casa, suprimindo as necessidades que a terra não consegue suprir (PIGNATTI; BARSAGLINI; SENNA, 2011).

Quanto ao cuidado prestado pela universidade, os depoimentos dos idosos que freqüentaram um programa universitário da terceira idade de educação nutricional, colhidos no estudo de Alencar, Barros Jr. e Carvalho (2008), evidenciaram a busca pelo conhecimento no sentido da participação, da socialização, da qualificação pessoal, do interesse pelo debate sobre o envelhecimento, seja no nível mais amplo ou mesmo no que tange à alimentação e à nutrição na velhice. Assim, os conhecimentos adquiridos poderiam contribuir para alterações nas práticas alimentares e no estilo de vida, que por sua vez podem fomentar o autocuidado, contribuindo para o seu bem-estar, físico, mental e social. Segundo os autores, “a educação nutricional no envelhecimento apresenta-se como uma atitude inovadora aos novos desafios e às demandas alimentares e nutricionais geradas pela emergência de um novo segmento etário e de uma nova fase do curso de vida: a velhice” (ALENCAR; BARROS JR; CARVALHO, 2008, p. 379).

O autocuidado também foi amplamente referido pelos estudos que buscaram percepções dos idosos sobre o cuidado num sentido geral. Foi identificado o cuidado de si como uma meta na vida das idosas entrevistadas, pois ao se preocuparem consigo “passaram a se perceber e se amar, entenderem a importância disso em suas vidas e conseguiram buscar e adotar estratégias de enfrentamento das conseqüências do envelhecimento” (ARAÚJO VS, 2015, p. 107). Os estudos de Menezes e Lopes (2012) também chamam a atenção para o cuidado do outro, incluindo o cuidado prestado por idosos aos seus cônjuges, assim como também se referem ao cuidado exercido majoritariamente por mulheres, em que o papel da mulher como responsável pelo cuidado é visto por muitos idosos como natural.

Ainda sobre os estudos sobre cuidado no geral, no trabalho de Souza e Lopes (2007) os idosos entrevistados demonstraram, em seus discursos, a compreensão do cuidado em duas categorias: os cuidados com o corpo na velhice, e as práticas terapêuticas. Nos cuidados com o corpo, apontaram como as principais ações a dieta como tratamento de saúde e a medicalização (exames, medicamentos e consultas). Já entre as práticas terapêuticas, apontaram o entendimento quanto à alternativa informal (a automedicação e a utilização de chás caseiros), à alternativa profissional (procura por profissionais de saúde) e à alternativa popular (remédios caseiros e curandeiros).

Os trabalhos direcionados à percepção do cuidado prestado por ILPIs, no geral, apontaram que viver institucionalizado favorece o isolamento e a inatividade mental. Souza e Massi (2015) verificaram que as perdas sociais já sofridas com o processo de institucionalização pelo rompimento da rede relacional, somadas às alterações nos aspectos fonoaudiológicos, produzem impactos negativos nas relações/interações entre os idosos, afetando seu próprio bem-estar.

O estudo de Ferretti et. al. (2014) também aponta para a percepção de confinamento social, mas também indica que, para alguns idosos entrevistados, o conceito de cuidado está vinculado ao imperativo de suprir necessidades básicas como cuidados com a roupa, comida e medicamentos e são muito valorados pelos idosos, pois eles têm a percepção de uma vez que fora desse meio e sem esse suporte, talvez não sobrevivessem por si próprios. Desta forma, se por um lado viver a velhice em uma instituição de longa permanência para idosos pode acarretar limitações, perda da autonomia e quebra de laços familiares, por outro, supre as necessidades de cuidado e amparo, provendo assistência e as mínimas condições para a manutenção da vida dos idosos (FERRETTI et. al, 2014).

Já os trabalhos que buscaram percepções dos idosos sobre cuidados prestados por serviços de saúde, em sua maioria se referiam a serviços de unidades da Atenção Básica, e apenas um a serviços de um ambulatório hospitalar. Apontam para a importância de algumas estratégias de cuidado das unidades de saúde, como a participação dos idosos em grupos de convivência e de promoção da saúde (FERREIRA, 2017; TAHAN; CARVALHO, 2010), a utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa (DANTAS, 2015), para a socialização e para a promoção da qualidade de vida dos idosos, sendo reconhecido que estas estratégias servem a cuidados na esfera da saúde física e na esfera da saúde mental.

Em estudo voltado para reflexões de idosos sobre a participação em grupos de promoção da saúde, identificou-se que, para os idosos entrevistados, estes grupos funcionam como fortes auxiliares na formação de uma rede de apoio social, na melhora de qualidade de vida e na integração da comunidade com os serviços de saúde, principalmente aqueles orientados pela ESF, “cuja atuação visa à promoção da saúde e da qualidade de vida, através da atenção integral, equitativa e resolutiva de acordo com os princípios do SUS” (TAHAN; CARVALHO, 2010, p. 885).

Merighi et. al. (2013) identificou, em seu estudo, falas de mulheres idosas que evidenciaram lacunas no atendimento de suas necessidades. A partir das falas, foi possível observar a necessidade de investir no acesso aos serviços de saúde e em uma comunicação

efetiva que articule a necessidade específica da população idosa e a oferta dos serviços disponíveis.

Importante apontar que, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, alguns estudos encontrados apontam que a prática ainda é insatisfatória. O estudo de Mendes et. al. (2013), que buscou avaliar o atendimento oferecido ao idoso na atenção básica ouvindo os próprios idosos, apresentou uma avaliação do atendimento oferecido aos idosos, que apontam insatisfações, como: falta de atendimento das necessidades reais dos idosos; distanciamento desses do serviço; pouca interação do usuário com o serviço; falta de comunicação idoso-profissional e não utilização da estratégia de acolhimento. Evidenciou-se como aspecto positivo, nas falas dos idosos, a vontade de participar de atividades em grupo e de lazer, além de aspectos como a gratuidade do atendimento e a proximidade do domicílio (MENDES et. al., 2013).

No estudo de Melo et. al. (2017), que buscou avaliar a qualidade da atenção à saúde da população idosa usando como parâmetro a avaliação da responsividade do serviço, em Recife/PE, concluiu que, apesar de a maioria dos domínios estudados receberem uma avaliação positiva, evidenciou-se a necessidade de um atendimento igualitário por parte dos profissionais de saúde, independentemente de raça, nível de escolaridade ou qualquer outra característica adjetiva referente aos usuários idosos atendidos nos serviços de saúde públicos.

O trabalho de L. U. A. Araújo et.al. (2014), que buscou avaliar a qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) ofertado à pessoa idosa segundo a sua perspectiva, evidenciou margem para melhoria do cuidado ao idoso no município estudado (Macaíba/RN), sendo prioritário ampliar o foco na família, o horário de funcionamento das UBS e a diversidade na prevenção de doenças e agravos.

Os achados do estudo de Santos, Giacomini e Firmo (2014) indicam que a desejada mudança do modelo tecnoassistencial com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda não se fez na prática, pois se repete a centralidade do modelo médico-medicamento-procedimento. A ESF foi vista, pelos idosos entrevistados, como não efetiva na resolução das demandas específicas do idoso, pois cuida da doença e não do doente, compreendendo a velhice como doença e os agravos como coisas da idade. Os autores buscavam compreender a percepção dos idosos sobre a capacidade resolutiva e efetividade dos atos em saúde produzidos nas relações de cuidado contextualizadas na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Foi a partir destes resultados, acima explicitados, de uma exploração inicial sobre o tema, que se buscou realizar um esforço de aprofundamento teórico acerca das categorias “envelhecimento” e “cuidado”, sendo verificada a urgência de também se promover uma

discussão teórica acerca da categoria “necessidade”. O que resultou desta segunda empreitada, de maior fôlego e profundidade, é o que se expõe nos itens a seguir.

### 3.1. ENVELHECIMENTO COMO PROCESSO SOCIALMENTE PRODUZIDO

Ser idoso no Brasil é ora ser reverenciado pela mídia, como garoto propaganda, ou frequentador de bailes e programas de terceira idade, ora ser apresentado como segmento excluído de nossa sociedade, muitas vezes vivendo nas ruas das grandes cidades ou vivendo em precárias condições, seja em determinados asilos ou casas de repouso. (LOBATO, 2004, P. 136)

A partir da transição demográfica e da transição epidemiológica, já anteriormente discutidas neste trabalho, a velhice foi “descoberta” pela sociedade. Cotidianamente os moradores das cidades se deparam com uma parcela mais envelhecida da população, que está presente nos espaços privados e nos espaços públicos. “A velhice ultrapassa os limites das vidas particulares de cada um e de cada família, para, com outras tantas questões, atrair a atenção de nossa sociedade” (BARROS, 2007, p. 9).

E o que configura a velhice? Sobre quem estamos falando, quando nos referimos à pessoa envelhecida? Existe uma série de representações acerca do que é ser idoso. Aliás, muitos são os termos que nomeiam estes sujeitos: velho, idoso, geronte, gerontino, velhote ou ancião.

Barros (2007) afirma que a velhice assusta. A autora registra que a associação óbvia que se faz entre a velhice e a morte não é nova, nem é própria da atualidade, embora se compreenda que esta associação apresente nuances diferentes em tempos e culturas distintos. Nesta reflexão é possível identificar que, na sociedade contemporânea a exarcebação da atenção dada ao corpo, em especial o corpo saudável, vigoroso, ágil e sexualizado. A velhice, neste contexto, provoca um incômodo por sua inexorabilidade, por mais que se desenvolvam saberes a fim de adiar a sua chegada e a da própria morte (BARROS, 2007).

Lobato (2004) também chama a atenção para o fato de, em nossa sociedade, a imagem que se tem da velhice ser bastante negativa, apesar de, nos programas de “terceira idade”, os idosos serem representados como ativos e disponíveis para viver intensamente essa fase da vida. Para a autora, todas estas designações apenas suavizam, no discurso, a estigmatização que os idosos vivem no cotidiano.

Aqui entendemos estigma a partir das reflexões de Goffman (1988), que afirma que o termo faz referência a um atributo profundamente depreciativo. Confere maior importância ao

seu aspecto relacional do que aos atributos em si, pois um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a neutralidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso e nem desonroso. “Um estigma é, então, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo e esteriótipo”, conceitua Goffman (1988, p. 13), considerando como estereótipos a discrepância entre a identidade real (aquela com a qual o sujeito se identifica e afirma positivamente) e a identidade virtual (aquela que é atribuída ao sujeito, mesmo que não haja identificação pelo mesmo).

Fazendo referência à obra de Goffman como pioneira no debate sobre a natureza do estigma e da sua relação com a discriminação, Parker (2013) avança na discussão, e propõe repensar o estigma, o preconceito e a discriminação como processos sociais ligados à estrutura de poder e dominação. Para Parker (2013), as pesquisas mais recentes sobre estigma, preconceito e discriminação que buscam refletir cada um destes temas de forma ampla – ou seja, considerando os processos culturais, as estruturas de poder e as possibilidades de resistência –, “nos conduzem a uma compreensão mais fundamentalmente social e política desses processos” (PARKER, 2013, p. 31).

O idoso é visto como uma pessoa cansada, adoecida, com coordenação motora prejudicada, por uma sociedade que valoriza muito mais a juventude, a beleza e os padrões estéticos corporais. São impostas, aos idosos, demandas para escapar do estigma, por meio de discursos de negação ou até de interferência direta sobre as marcas corporais.

Motta (2007) aponta para a grande dificuldade em se reconhecer velho – principalmente velha – porque a velhice está sempre associada à decadência, muito mais do que às bem faladas sabedoria e experiência. E por isso não há que estranhar a “recorrência generalizada de mecanismos de resistência ao envelhecimento” (MOTTA, 2007, p. 229), e que eles sejam desenvolvidos principalmente pelas mulheres, a quem tradicionalmente foram cobradas juventude e beleza.

Minayo e Coimbra Jr (2002), atentos ao que outros atores falam acerca dos idosos, apontam que:

Se a focalizá-los existem vários tipos de lentes, as fotografias das câmeras curiosas costumam não ir além de luzes, sombras e cores que as aparências revelam. E como os que observam são parte da perspectiva que adotam, o que fica das imagens são a contundência dos sinais de desgaste dos corpos, os vincos nas faces, a voz mais cadenciada, o andar mais vagaroso ou trôpego, a queda inexorável dos músculos e a fragilidade dos movimentos. Esse retrato, que é feio em relação aos padrões de beleza que adotam o jovem como símbolo, costuma receber um veredicto de quem o

produz e de quem o contempla. É o veredicto que assinala a velhice como problema e como doença. (MINAYO; COIMBRA JR, 2002, p. 12)

A partir desta visão de muitos atores sociais, de que a velhice é um problema, há que se refletir que não se trata de um “problema” vivenciado apenas no âmbito privado, que cada indivíduo enfrenta ou nega de diferentes modos, mas o envelhecimento também é considerado um problema social. Remir Lenoir (1996) aponta que o que é constituído como problema social varia segundo as épocas e as regiões, aparece e desaparece, de acordo com a conjuntura. Refletindo sobre o surgimento da velhice como problema social, o autor afirma:

A ‘velhice’ como problema social surgiu, antes de tudo, na classe operária pelo fato da extensão rápida, sobretudo a partir de meados do século XIX, da organização capitalista do trabalho e do sistema de atitudes que lhe está associado. Presume-se que o salário remunera apenas a força investida no trabalho, sem levar em consideração todos os encargos que um indivíduo deve assumir além da satisfação de suas próprias necessidades. O rendimento dessa força é tanto mais mensurável quando se desenvolve o maquinismo acompanhado pela desqualificação operária; além disso, tal força tende a ser reduzida unicamente à força física. A ‘velhice’ dos operários é, então, assimilada pelo patronato capitalista, à ‘invalidez’, isto é, ‘à incapacidade para produzir’. (LENOIR, 1996, p. 79)

Lenoir (1996) aponta que, para que um problema se constitua um problema social, há de haver, como fase essencial, o reconhecimento por parte de instâncias estatais. Segundo o autor, a invenção da “velhice” como uma categoria de ação política é típica de um trabalho de reconhecimento, unificação e oficialização, em resumo, de normalização, que, em grande parte, define a ação política estatal (LENOIR, 1996).

No Brasil, o artigo 1º do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) aponta como idosas as pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Em prol da garantia de direitos, estabeleceu-se este recorte etário. Sobre o envelhecimento, o mesmo Estatuto, em seu artigo 8º, afirma ser este um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social. Contempla os mais diferentes aspectos da vida cotidiana: destaca os papéis da família, reforçando e enfatizando sua obrigação, da sociedade e do Poder Público, assegurando os direitos à saúde, à alimentação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar da população idosa.

Tanto o Estatuto do Idoso, quanto outras legislações brasileiras que se ocuparam dos direitos do idoso, como as já citadas PNI e PNSPI, utilizaram a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), baseada em um recorte etário para definir o idoso, considerando a partir de sessenta e cinco anos nos países desenvolvidos, e a partir de sessenta

anos nos países em desenvolvimento. Mais recentemente, no Brasil, foi sancionada a Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017, que altera o Estatuto do Idoso e estabelece prioridade especial para pessoas maiores de 80 anos. Segundo a alteração, os maiores de 80 anos sempre terão suas necessidades atendidas com preferência em relação aos demais idosos, em atendimentos de saúde (exceto emergência), e em processos judiciais, com a justificativa de que o aumento da expectativa de vida e a formação de um grupo populacional com mais de 80, com características de vulnerabilidade mais acentuadas, demandam reconhecimento especial por parte do poder público.

Estas concepções baseadas na idade cronológica não abarcam a complexidade existente no processo de envelhecimento, assim como estipular uma faixa etária para a velhice não constitui uma forma precisa de analisar as mudanças que acompanham aquele processo. É preciso considerar as vivências dos sujeitos no processo de envelhecimento a fim de compreendê-los em sua velhice.

Todos os processos vitais são complexos, experimentados desde o nascimento, a infância, a adolescência, até a vida adulta, assim como o é também o envelhecimento. É preciso reconhecer a sua complexidade, para não reduzir o seu entendimento à doença, à frustração, à dependência, ao fim. Minayo e Coimbra Jr (2002, p. 14) afirmam que “o envelhecimento não é um processo homogêneo. Cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais (classe, gênero e etnia) a eles relacionados, como saúde, educação e condições econômicas”. Entendem que o que pode tornar velhice sinônimo de sofrimento é mais o abandono que a doença; a solidão que a dependência.

Defendendo a idéia de que o envelhecimento é um constructo híbrido biológico-social, Minayo e Coimbra (2002) consideram que, apesar do ciclo biológico próprio do ser humano assemelhar-se ao dos demais seres vivos, uma vez que todos nascem, crescem e morrem, as várias etapas da vida são social e culturalmente construídas, “isto é, as diversas sociedades constroem diferentes práticas e representações sobre a velhice, a posição social dos velhos na comunidade e nas famílias e o tratamento que lhes deve ser dispensado pelos mais jovens” (MINAYO; COIMBRA JR, 2002, p. 14). É a organização da estrutura da sociedade que atribui a cada grupo etário específicas funções e papéis próprios.

Barros (2007) propõe que se pense a velhice em termos de identidade social, sob a luz da Antropologia, percebendo que se trata de uma classificação, vez que há uma atribuição por parte da sociedade e uma auto-atribuição concomitante da identidade etária, separando e arrumando os indivíduos em um parâmetro de idade. A identidade social, segundo a autora,

sofre valorizações por parte dos grupos e/ou indivíduos em interação social, e as características a ela atribuídas são também bem ou mal valorizadas. Ao tratar a velhice como identidade social, Barros (2007) percebe que é necessário apontar uma série de especificidades para que o uso do conceito não seja mecânico e para que se possa perceber como a identidade é vivenciada pelos sujeitos.

Exatamente por se referir a uma identidade social, que se pode afirmar que a velhice é uma categoria socialmente produzida. Debert (2007) distingue um fato universal e natural – que é o ciclo biológico do ser humano e de outras espécies, que envolve o nascimento, o crescimento e a morte – de um fato social e histórico – que é a variabilidade das formas de conceber e viver o processo de envelhecimento. Sob as perspectivas antropológica e histórica, ressaltam-se as representações sobre a velhice, a posição social dos velhos e o tratamento que lhes é dado pelos mais jovens, e que ganham significados particulares em contextos sociais e culturais distintos.

Os indivíduos são, ao mesmo tempo, semelhantes e diferentes, o que nos leva a crer que idades aproximadas, ou a mesma geração, não garantem as mesmas características de constituição dos sujeitos (resistência física, saúde, inteligência). Como expressão disso, o envelhecimento não é um processo homogêneo, mesmo em cada indivíduo. “Há sempre partes, órgãos ou funções do corpo que se mantém muito mais ‘jovens’, ‘conservados’, saudáveis, do que outros – os médicos e a vida cotidiana estão sempre apontando isso” (MOTTA, 2007, p. 228). Debert (2007) afirma que a velhice nunca é um fato total, e que ninguém se sente velho em todas as situações. E exatamente por não se dar por inteiro, de modo que a sua existência seja revelada integralmente e se convença de modo inexorável a sua existência, é que “a velhice vem como um choque, porque chega primeiro aos olhos dos outros” (MOTTA, 2007, p. 228).

O processo de envelhecimento apresenta variações que são constituídas socialmente nos diferentes grupos sociais de acordo com a visão de mundo compartilhada em práticas, crenças e valores. Para além da visão clínico-biológica, que busca explicar o envelhecimento numa ordenação linear cronológica de transformações do corpo, há compreensões que envolvem a perspectiva cultural. “O aspecto da cultura é importante para se compreender o ciclo da vida em que a morte é uma etapa e apresenta variações nos diferentes grupos sociais que compõem a complexa sociedade brasileira” (HECK; LANGDON, 2002, p. 129).

Tendo como referência Geertz (1989), Heck e Langdon (2002) compreendem a cultura como ação humana, o vivido no cotidiano pelas pessoas, as diversas interpretações que formulam, dia após dia, as formas como estas se reproduzem, de acordo com os significados

de vida, morte e do universo. Desta forma, o envelhecimento ultrapassa a sua definição como apenas fase biológica para expressar construções diversas a partir de relações de poder, expectativas dos papéis sociais das pessoas no grupo, relações de gênero e os conflitos que fazem parte da vida (HECK; LAGNDON, 2002).

Ao velho, segundo reflexões de Bosi (1994), cabe uma função social, que é lembrar e aconselhar, unindo o começo e o fim, ligando o que foi e o que está por vir. Mas, registra a autora, a sociedade capitalista impede a lembrança, usa o braço servil do velho e recusa seus conselhos. A sociedade do capital desarma o velho, oprime a velhice, destrói os apoios da memória e substitui a lembrança pela história oficial, a história dos vencedores.

Que é, pois, ser velho na sociedade capitalista? É sobreviver. Sem projeto, impedido de lembrar e de ensinar, sofrendo as adversidades de um coro que se desagrega à medida que a memória vai se tornando cada vez mais viva, a velhice, que não existe para si, mas somente para o outro. E este outro é um opressor. (BOSI, 1994, p. 18)

Lobato (2004) afirma que o processo de envelhecimento em nosso país não se dá de modo igual para todos: “daí que envelhecer com dignidade não é uma responsabilidade individual, mas sim responsabilidade coletiva” (LOBATO, 2003, p. 138). A autora aponta que, por conta de seu status de desvalorização, na sociedade moderna, a velhice passou a compor o rol dos “problemas sociais” mais estudados na contemporaneidade.

Peixoto (2007) atenta para o fato dos termos “velho” e “velhote” nem sempre estarem associados a uma conotação negativa, mas, quando estão, acabam por reforçar uma situação e exclusão social. A velhice não é aparente entre aqueles mais favorecidos. A noção de velho está mais próxima à decadência e freqüentemente confundida com incapacidade para o trabalho, onde ser velho “é pertencer à categorização emblemática dos indivíduos idosos e pobres” (PEIXOTO, 2007, p. 72).

O mesmo não acontece quando se utilizam os termos “idoso” e “terceira idade”. Peixoto (2007) chama a atenção para ecos vindos da Europa, principalmente da França, no final da década de 1960, em que documentos oficiais analisam a velhice recuperando a noção de idoso (*personne âgée*), como um tratamento mais respeitoso para designar pessoas envelhecidas. A expressão “terceira idade” também tem inspiração francesa, sendo adotada naquele país após implantação das políticas sociais para a velhice. Trata-se de um esforço na tentativa de transformação da imagem do velho em bem-sucedido. “Sinônimo de envelhecimento ativo e independente, a terceira idade converte-se em uma nova etapa da vida, em que a ociosidade simboliza a prática de novas atividades sob o signo do dinamismo” (PEIXOTO, 2007, p. 76).

Desta forma, a terceira idade é inventada, como uma nova fase do ciclo de vida entre a aposentadoria e a velhice, apontada por Peixoto (2007) como produto da universalização dos sistemas de aposentadoria e do conseqüente surgimento de instituições e agentes especializados no tratamento da velhice, e que prescrevem a esse grupo etário maior vigilância alimentar e exercícios físicos, mas também necessidades culturais, sociais e psicológicas. Há que se registrar que sob o guarda-chuva do termo “terceira idade” há uma grande diversidade de experiências de envelhecimento, determinadas economicamente, e que mascaram as adversas condições sociais a que estão submetidos os sujeitos, sobretudo aqueles que vivem em sociedades capitalistas.

Paiva (2014), discutindo o envelhecimento e a centralidade do trabalho na sociabilidade capitalista, e tomando como ponto de vista a totalidade na dialética marxiana, aborda a velhice enquanto produção social, uma vez que a sua análise não pode ser feita à parte da ordem da reprodução do sistema do capital. Segundo a autora,

a magnitude do envelhecimento das populações, nas condições objetivas de vida em que se processa para a grande maioria dos seres humanos em escala mundial, configura-se como uma das novas expressões da ‘velha’ questão social, tendo em vista que se manifesta como reflexo da histórica luta de classes, ou seja, do antagonismo estrutural inconciliável entre capital e trabalho. (PAIVA, 2014, p.47)

O trabalho, cada vez mais fragmentado e globalizado, torna-se esvaziado de sentido. Como tudo na sociedade capitalista, torna-se mercadoria. Ocorre o que Marx (1996, p. 198) apontou:

O misterioso da forma mercadoria consiste, portanto, simplesmente no fato de que ela reflete aos homens as características sociais do seu próprio trabalho como características objetivas dos próprios produtos de trabalho, como propriedades naturais sociais dessas coisas e, por isso, também reflete a relação social dos produtores com o trabalho total como uma relação social existente fora deles, entre objetos. Por meio desse quiproquó os produtos do trabalho se tornam mercadorias, coisas físicas metafísicas ou sociais. [...] Assim, no mundo das mercadorias, acontece com os produtos da mão humana. Isso eu chamo o **fetichismo** que adere aos produtos de trabalho, tão logo são produzidos como mercadorias, e que, por isso, é inseparável da produção de mercadorias.

Paiva (2014) reflete que a vida humana também é submetida ao que Marx chama de “fetichismo”, não considerada em sua historicidade, fragmentada em fases, onde cada fase é coisificada. A autora aponta que, na versão moderna do fetichismo, a juventude, que antes era objeto das práticas de alquimia (quando se perseguia o “elixir” da longa vida), em

contraposição à velhice, passou a ser ainda mais desejada e trocada em forma de mercadoria. A busca incessante por uma aparência jovem, movida pela abominação da velhice, impele as pessoas a consumirem cada vez mais produtos e serviços no mercado com esta intenção. O próprio velho não se vê imune aos encantos do fetiche, e indeseja a velhice.

Assim como o fetichismo apaga da mercadoria não só a sua história, mas também a memória da sua produção, negando qualquer centelha de vida humana na sua visualização, produz o efeito de insular o(a) velho(a) em sua própria velhice, arrancando de sua vida as raízes, a história e a memória, transfigurando o homem, como diria Marx, numa mera ‘carcaça do tempo’. (PAIVA, 2014, p. 131)

A velhice, desta forma, é socialmente alienada, ocultando o fato de ser produto da existência objetiva dos homens e mulheres. As representações a respeito do envelhecimento expressam interesses das classes dominantes, com a intenção de comandar a percepção e manipular imediatamente a realidade, de forma que os indivíduos estejam convictos de que existe um “jeito certo” de envelhecer. Haddad (2016), também utilizando o referencial teórico marxista para analisar o processo de envelhecimento e a velhice, aponta que a ideologia da velhice é elemento fundamental à reprodução das relações capitalistas. Segundo ela,

Na medida em que a produção das relações capitalistas implica a reprodução de ideias, valores, princípios e doutrinas, o conjunto de representações sobre a etapa final da vida humana é organizado segundo as determinações básicas do modo capitalista de produção. As sociedades capitalistas, transformando as pessoas em mercadorias, condenam o trabalhador à degradação durante toda a trajetória de sua vida. (HADDAD, 2016, p. 60)

M. C. Freitas et. al. (2002) realizaram um estudo de revisão de literatura, buscando identificar e analisar as tendências e perspectivas nas áreas de gerontologia e geriatria, relacionadas à pesquisa, cujos resultados apontaram, entre outras questões, que, no período de 1980 a 2000, a maior parte dos estudos apresentava uma abordagem biológica (40%), enquanto o número de estudos com abordagem social era bem menor, alcançando apenas 22% do total. As autoras concluíram que, no início do período estudado, predominava a ótica geriátrica nos olhares sobre a velhice, e que, a partir dos anos 1990, é que se despertou o entendimento para as questões da gerontologia, como também as sociais, psicológicas e éticas, todas voltadas ao estudo do idoso.

Em sua obra, fruto de sua pesquisa de mestrado em Antropologia Social, Haddad (2016) traz à tona a análise de duas ordens de discursos que constroem o velho como segmento populacional, enquanto faixa etária: o da ciência e o do Estado. Segundo a autora, o

primeiro discurso vem justamente da Geriatria e da Gerontologia, pautado no cientificismo, onde o velho – seu objeto de pesquisa – é tratado à semelhança de coisa, descaracterizado, fragmentado, visto independentemente das suas condições objetivas de existência.

As representações sobre a velhice criadas pela geriatria-gerontologia, produtoras intelectuais do discurso competente sobre a velhice, são idéias da classe dominante, não passando, portanto, de expressão ideal das relações materiais dominantes. (HADDAD, 2016, p. 91)

Já o discurso do Estado brasileiro, expresso em leis, decretos, portarias, etc., acentua a preocupação com o idoso, principalmente pela via da Previdência Social, a partir dos anos 1960, e perpassa diferentes contextos, no intuito de atender à necessidade de se criar o velho tutelado.

Para conseguir tal finalidade, o Estado propõe a transformação do velho em objeto de reeducação constante, o que é possível através do trabalho social, amparado pelo saber médico. Assim, esse saber, está articulado a práticas normativas; o estado objetiva a criação de todo um aparato posto em funcionamento por profissionais especializados, como assistentes sociais, médicos, educadores, sociólogos, psicólogos e outros. Tais profissionais, colocados a serviço dos velhos, compõem o quadro de serviços ideal e supostamente apto para garantir um bom padrão de atendimento ao idoso. A eles é reservada uma tarefa assistencial visando um alvo privilegiado: a patologia da velhice. (HADDAD, 2016, p. 134)

É buscando romper com estes discursos, que a presente pesquisa ancora o seu entendimento acerca do envelhecimento nas bases do que se tem convencionado nomear de Gerontologia Social Crítica (PAIVA, 2014). Trata-se da contribuição que o Serviço Social vem apresentando no campo da Saúde Coletiva, por meio de um profundo exercício crítico e reflexivo sobre a reprodução social da velhice na sociabilidade do capital, na sociedade do fetiche. Na visão de Bosi (1994, p. 81),

A noção que temos de velhice decorre mais da luta de classes que do conflito de gerações. É preciso mudar a vida, recriar tudo, refazer as relações humanas doentes para que os velhos trabalhadores não sejam uma espécie estrangeira. Para que nenhuma forma de humanidade seja excluída da humanidade é que as minorias têm lutado, que os grupos discriminados têm reagido. A mulher, o negro, combatem pelos seus direitos, mas o velho não tem armas. Nós é que temos que lutar por ele.

Neste projeto há a concordância com a afirmação da necessidade de compor a luta pelos direitos dos idosos, considerando as situações de fragilidade e de vulnerabilidade a que muitos são submetidos. No entanto, lutar pelo idoso não significa tutelá-lo. A perspectiva da

luta é a promoção do protagonismo do idoso em sua inserção no mundo, oportunizando escuta dos sujeitos que envelhecem para que se expressem, assim como às suas necessidades e suas estratégias de condução da vida e do cuidado.

### 3.2. REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO NO CAMPO DA SAÚDE

O termo “cuidado” é utilizado para designar diferentes compreensões. Para este trabalho, é imprescindível que se faça uma reflexão acerca do cuidado no campo da saúde, uma vez que se trata de um termo polissêmico e atravessado por diversas concepções de saúde e doença, constituindo-se em um “objeto complexo, não-linear, sintético, plural, emergente, multifacetado, alvo de diversas miradas e fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares de ciência” (CRUZ, 2009, p. 9).

Em um estudo de revisão bibliográfica acerca dos usos, sentidos e significados do “cuidado à saúde”, Cruz (2009) reconheceu que a conceituação e operacionalização do termo se apresentam como grande desafio teórico e prático no campo da Saúde Coletiva. Com base nos dados levantados a partir da análise das publicações selecionadas, a autora apontou três dimensões que atravessam o cuidado à saúde, nomeando-as dimensão técnico-científica, dimensão subjetivo-relacional e dimensão sócio-política.

A dimensão técnico-científica do cuidado à saúde refere-se à intervenção técnica especializada que resolva, com mínimos efeitos danosos, a questão de saúde trazida pelos indivíduos e coletivos, após serem diagnosticados, tratados corretamente e orientados a seguir as recomendações e/ou terapêuticas propostas. Trata-se de equacionar o cuidado a partir da racionalidade biomédica hegemônica, por meio da aplicação de tecnologia/ técnicas comprovadas cientificamente, objetivas e universais, em que as intervenções produzam êxito técnico dos procedimentos científicos aplicados (CRUZ, 2009).

A dimensão subjetivo-relacional seria aquela que se interessa pela vida, e foi identificada em estudos que evidenciavam a insuficiência do modelo biomédico, passando da intervenção ao cuidado do ser humano. Desta forma, o cuidado não poderia se resumir à ação técnica, à execução de um procedimento, compreendendo o seu caráter relacional, diretamente relacionado ao ser. Nesta perspectiva, o cuidado à saúde é caracterizado “como atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, de exercício da prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela” (CRUZ, 2009, p. 85).

A terceira e última dimensão identificada nos estudos revisados por Cruz (2009), diz respeito à dimensão sócio-política, que se refere às ações eticamente comprometidas com o

objeto da Saúde Coletiva. Trata-se de um cuidado à saúde emancipatório, por ser capaz de contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas e exercício da cidadania a partir da construção de espaços em que possam surgir sujeitos políticos, comprometidos com o seu próprio processo saúde-doença-cuidado e com as transformações sociais (CRUZ, 2009).

Outros estudos, que dialogam principalmente com dimensão subjetivo-relacional, também são trazidos como referências para o entendimento do cuidado neste trabalho. Silva Jr., Pontes e Henriques (2005) apontam que o cuidado no campo da saúde é sua própria razão de ser. É o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no campo. Merhy (2004) chega a afirmar que a importância que o cuidado assume no campo da saúde é até maior que a da cura ou da promoção e proteção da saúde, pois é por meio da produção do cuidado que serão alcançados os demais objetivos.

Numa perspectiva mais ampla, Boff (2014) reflete o cuidado em sua dimensão ontológica, ou seja, como constituinte do “ser” humano. Influenciado pelas ideias de Martin Heidegger em sua obra “Ser e tempo”, afirma que “cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2014, p. 37).

Partindo do raciocínio de que cuidado é ação, Merhy (2004, p. 115) aponta que:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas ‘pessoas’, que atuam uma sobre a outra, no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (MERHY, 2004, p. 115)

Este encontro é o cuidado em ação, ou melhor: o ato cuidador. Este é realizado pelos trabalhadores da saúde, numa concepção muito mais abrangente que a execução de procedimentos ou o agir específico de um determinado profissional restrito às suas competências. Silva Jr., Pontes e Henriques (2005, p. 94) se aproxima desta compreensão, também caracterizando como um encontro o agir profissional na saúde.

O trabalho em saúde tem como característica o encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades (usuário) e outras pessoas que dispõem de um

conhecimento específico ou de recursos instrumentais que podem solucionar o problema trazido pelos primeiros (profissionais). Nesse encontro, são mobilizados os sentimentos, emoções e identificações, que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção ou interpretação das demandas trazidas pelo usuário.

Neste encontro, Ayres (2004) chama a atenção para o fato de que o profissional de saúde, no exercício da sua função, não se resume a um simples aplicador de conhecimentos. O cuidado abarca decisões por parte do profissional, que escolhe dentro de certas possibilidades o que deve fazer, ser e querer aquele que é assistido; e também por parte do próprio sujeito a quem se destina o cuidado, a quem cabe a última palavra acerca de suas necessidades.

Exatamente por conta desta dimensão decisória do cuidado, é possível compreender a afirmação de Ayres: “Então é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência” (AYRES, 2004, p. 85).

Se a saúde corresponde a um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades (OMS, 1946), sendo esta um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), o cuidado à saúde precisa considerar de que forma os sujeitos pretendem gozar deste bem estar, baseados em suas próprias experiências de vida, e suas valorações.

Pinheiro e Guizardi (2013) se reportam à noção de cuidado que não se apreende como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como “uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2013, p. 23). As autoras consideram o cuidado como ação integral que busca acolher, respeitar, tratar o ser humano em seu sofrimento, muitas vezes oriundo de sua fragilidade social, e por isso é relacional. É nas interações entre usuários, profissionais e instituições que o cuidado se dá por meio do tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Daí que se faz importante refletir sobre a integralidade, que, assim como o cuidado, se configura como um termo polissêmico. Tomamos por base o enfoque dado por Guizardi e Pinheiro (2013), que compreendem a integralidade como uma construção coletiva que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados. Trata-se de ultrapassar o agir balizado pelo exercício do saber-poder técnico e alcançar o outro, considerando a importância de seu saber, do seu desejo e da sua história. Muito mais que

perseguir um êxito técnico, o cuidado integral busca um sucesso prático, em que atenda de fato as necessidades dos sujeitos a quem se destinam as ações.

Lacerda e Valla (2013) alertam para o fato de que existe um processo de adoecimento e sofrimento que não se restringe à dimensão física dos sujeitos, capaz de destruir seus projetos de vida e sua relação com o mundo. Somente compreendendo o cuidado de forma integral e articulando-se a um trabalho de rede, os profissionais de saúde tornam-se de fato cuidadores e auxiliam as pessoas em suas reelaborações e ressignificações de experiências, encontrando o seu sentido de vida.

Há que se abordar uma outra dimensão importante do cuidado: o *care*, o trabalho do cuidado. Guimarães, Hirata e Sugita (2011) apontam que o conceito de *care* compartilha de outros conceitos, como “trabalho” e “gênero”, possuindo uma natureza multidimensional e transversal. O termo estrangeiro é usado no Brasil para definir a ação de cuidar, ainda que não se restrinja ao campo do trabalho profissional. O *care* se refere também à esfera do privado, do doméstico, da família, e exatamente por isso está diretamente relacionado à questão de gênero, vez que as atividades de cuidado nestes âmbitos são profundamente associados à mulher.

Hirata (2016, p. 54) afirma que “o trabalho de cuidado de idosos, crianças, doentes, deficientes físicos e mentais foi exercido durante muito tempo por mulheres, no interior do espaço doméstico, na esfera dita ‘privada’, de forma gratuita e por amor”. E foi com a mercantilização, que o trabalho feminino do cuidado, gratuito e invisível, torna-se visível e passa, enfim, a ser considerado um trabalho, ainda que pouco valorizado, com salários relativamente baixos e com pouco reconhecimento social.

Nesta divisão sexual do trabalho de cuidado, a mulher é figura central, que desempenha majoritariamente o *care*, tanto nas instituições quanto nos domicílios, tanto gratuitamente quanto a título de atividade remunerada (HIRATA, 2016). Considerando o processo de envelhecimento populacional, são produzidas novas configurações do trabalho de *care*, aumentando a sua demanda, o que torna a sua reflexão relevante para o embasamento teórico da presente pesquisa.

Considerando que as experiências vivenciadas pelos sujeitos adquirem extrema importância na forma como estes percebem e agem sobre o seu processo saúde-doença-cuidado, a reflexão se volta especialmente para o cuidado à saúde do idoso.

No Brasil, o cuidado à saúde da pessoa idosa constitui objeto de várias legislações. As políticas públicas brasileiras, como a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, trazem em seu escopo a assistência integral à

saúde da pessoa idosa, assim como a promoção da saúde dos mesmos, incentivando-os a viverem de forma ativa e independente na comunidade.

Esta última, a PNSPI, versa que a prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. Quanto à abordagem, esta também precisa ser flexível e adaptável às necessidades específicas dos idosos. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. (BRASIL, 2006).

Desta forma, é necessário indicar que o cuidado à saúde do idoso deve ser baseado nas necessidades sociais da população idosa, apreendidas individualmente, considerando a integração do sujeito na família e na comunidade, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença. A heterogeneidade nos processos de envelhecer devem ser consideradas, buscando a equidade e resolutividade do cuidado a ser ofertado. Para tanto, as especificidades e singularidades da população idosa com suas novas demandas de cuidado precisam ser priorizadas na organização e oferta de serviços.

### 3.3. NECESSIDADES DE SAÚDE: CATEGORIA EMERGENTE

Numa pesquisa em que se pretendia, desde o início, compreender de que forma idosos têm vivenciado o processo de envelhecimento e como os serviços de saúde têm cuidado desses sujeitos durante o referido processo, o ponto de partida de investigação, obviamente, se constituiu na produção teórica acerca do envelhecimento e do cuidado. Tanto que estas foram categorias rapidamente identificadas no levantamento bibliográfico exploratório que serviu para o delineamento do presente estudo.

Mas, no decorrer da pesquisa, outra categoria surgiu com destacada importância para que se pudesse relacionar o envelhecimento e o cuidado: a necessidade. Inferindo que o envelhecimento provoca mudanças importantes na vida das pessoas, e que estas apresentam demandas de cuidado aos serviços de saúde, importa também conhecer o que os sujeitos entendem como suas necessidades durante este processo, mais especificamente suas necessidades de saúde.

Egry e Oliveira (2008) resgatam a definição de necessidade em Agnes Heller (1966), como um desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independentemente do

fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem. Deste ponto de partida, os autores reafirmam que há necessidades naturais (relativas à conservação e à perpetuação da vida), necessidades necessárias (propriamente humanas), e necessidades alienadas (próprias do capitalismo), e que todas possuem tanto um caráter pessoal quanto um caráter social.

As necessidades de saúde, tais como as demais necessidades humanas, são social e historicamente determinadas, situando-se entre a natureza e a cultura, ou seja, “não dizem respeito somente à conservação da vida, mas à realização de um projeto vida em que o indivíduo progressivamente se humaniza” (EGRY; OLIVEIRA, 2008).

Castellanos (1997) considera que todo grupo humano tem necessidades, derivadas de suas condições de vida, que podem ser identificadas mediante procedimentos relativamente objetivos. No entanto, para que se decida intervir sobre estas necessidades, estas precisam ser consideradas como problemas por parte dos atores sociais. Desta forma, a noção de problema é um pouco mais complexa do que a de necessidade, pois envolve, em sua definição, o componente da subjetividade (individual ou coletiva) do ator social quanto aos seus próprios projetos, sobretudo no espaço do cotidiano. A viabilidade das intervenções está na hierarquização dos problemas, realizada pelos atores sociais em interação.

Considerando o caráter social das necessidades de saúde, Stotz (1991) compreende que estas são expressão histórica das condições sociais iníquas a que estão submetidos os indivíduos, e que também por este motivo, são potencialidades. “São potencialidades na medida em que as carências comprometem, motivam, mobilizam as pessoas” (STOTZ, 1991, p. 449).

O autor aponta que, para que serviços de saúde contemplem de fato as necessidades sociais das populações, estes precisam levar em conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções espontaneamente buscam. Uma vez que as necessidades de saúde se situam num âmbito mais geral, apesar de poderem ser apreendidas apenas na dimensão individual, estabelece-se uma relação dialética desta dimensão com a dimensão social. Assim, as necessidades de saúde não podem ser deslocadas do seu caráter social, coletivo (STOTZ, 1991).

Em seu artigo de 2004, Stotz acrescenta que em razão das condições sociais a que estão submetidas as pessoas na sociedade capitalista, suas necessidades de saúde podem ser sentidas ou não. Se expressas, podem transformar-se em demandas ou não, e, enquanto demandas, podem ou não manifestar necessidades. E por fim, as necessidades podem ser tecnicamente definidas, sem que sejam sentidas. Ou seja, as necessidades de saúde são

percebidas como necessidades individuais, e os sistemas de atenção acabam por não considerar relações sociais, trajetórias de vida e cultura. Por este motivo, muitas necessidades de saúde de grupos da população são ignoradas, ocultadas ou reprimidas (STOTZ, 2004).

Em 2016, Stotz realiza uma revisão autocrítica de sua tese de doutorado (1991), e traz à discussão o conceito de necessidades de saúde, sob a perspectiva política. Chama a atenção para o fato de necessidades de saúde serem identificadas com as condições de gozar saúde e, em decorrência, com as carências do organismo, do ambiente ou do grupo. O uso do termo “necessidades de saúde” desta maneira acaba por naturalizar as necessidades humanas, contribuindo para obscurecer o caráter inerentemente social das necessidades (STOTZ, 2016).

Uma vez que os indivíduos não têm as mesmas possibilidades de ter suas necessidades atendidas, o exame destas necessidades precisa passar pela compreensão do Estado contemporâneo. Estado este que vem se assumindo “desafiadoramente como uma plutocracia, ou seja, como o governo do capital financeiro” (STOTZ, 2016, p. 71). O autor então questiona a cientificização da política, ou seja, a extensão da objetividade e imparcialidade, afirmados pela ciência, ao processo decisório no campo da política pública e do direito, e que muitas vezes embasa medidas autoritárias de controle sanitário das populações.

O que se precisa é questionar a pretensão de conceituar saúde do ponto de vista científico. Stotz (2016) propõe que se compreenda saúde como uma noção em disputa no campo da política pública, no âmbito nacional e internacional. “Saúde é uma noção cujo valor está vinculado à disputa entre liberdade e igualdade, termos que se contrapõem, ao longo da história da sociedade organizada com base no capitalismo, entre individualismo e coletivismo” (STOTZ, 2016, p. 73). Da mesma forma, o autor questiona a definição técnica de necessidades, criticando a legitimação da ordem capitalista que a ciência pode fornecer quando afasta a discussão do campo político.

Cecílio (2001) toma as necessidades de saúde como “analisador”, como forma de ajudar os trabalhadores/equipes/serviços/rede de serviços a fazerem uma melhor escuta das pessoas que buscam “cuidados em saúde”, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas. Utiliza-se de uma taxonomia que divide as necessidades de saúde em quatro grandes grupos: as necessidades de boas condições de vida (maneira como se vive); as necessidades de acesso e consumo de tecnologias de saúde (capazes de melhorar e prolongar a vida); as necessidades de vínculo (referência e relação de confiança); e as necessidades de autonomia.

Na relação das necessidades de saúde com as demandas apresentadas pelos sujeitos, Cecílio (2001) compreende que demanda é o pedido explícito, a tradução de necessidades

mais complexas do usuário. Trata-se de modelar as necessidades para o que os serviços de saúde oferecem. Enquanto demandas constituem o que os sujeitos apresentam aos serviços, as necessidades podem ser bem outras, e estarem relacionadas com as condições de vida, com a busca de vínculos, com luta por autonomia, ou mesmo ter acesso a uma tecnologia para além da que é oferecida.

Desta forma, o atendimento às necessidades de saúde pode não estar restrito à responsabilidade dos serviços de saúde, visto que a sua origem está relacionada à forma com a qual se organiza a sociedade. As necessidades de saúde podem não ser completamente supridas pelos serviços de saúde, mas as pessoas que as detêm devem ser cuidadas, de forma integral, num esforço intersetorial. Esta possibilidade remonta o que Cecílio (2001) chama de “integralidade ampliada”, que ocorre com a articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas integralidades (profissional – equipe – serviço) que se articulam em fluxos e circuitos a partir das necessidades reais das pessoas.

Pensar desta maneira, nos faz retornar a Stotz (1991), que afirma que necessidades de saúde são necessidades individuais e humanas, mas concretamente consideradas, são também necessidades distorcidas e ocultadas, não reconhecidas, justas e injustas, porque o são assim em uma sociedade historicamente dada. Por este motivo, consideramos esta categoria como emergente, levando em conta a sua freqüente invisibilidade e o desafio colocado por este trabalho de trazer à tona o que a população idosa aponta como suas necessidades de saúde, a fim de compreender como surgem estas necessidades no processo de envelhecimento e que respostas têm sido oferecidas aos idosos pelos serviços de saúde.

Tendo como base os elementos que constituíram o referencial teórico deste trabalho, é possível apontar que, por meio da pesquisa, busca-se contribuir para o preenchimento da lacuna existente pela escassez de estudos que escutem os usuários. A idéia central é identificar o que pensam os sujeitos acerca dos cuidados que os serviços de saúde anunciam realizar durante o processo de envelhecimento, já que foram identificados poucos estudos com este objetivo nos últimos anos (conforme levantamento bibliográfico).

Daí que se revela o questionamento principal do estudo: Como os idosos percebem as suas necessidades e o cuidado prestado pelos serviços de saúde diante do processo de envelhecimento específico que eles têm experimentado?

Outros questionamentos, mais específicos, também estão presentes: “Como tem sido o processo de envelhecimento para distintos sujeitos e quais as suas necessidades individuais e sociais?”; “Como os sujeitos percebem o cuidado prestado pelos serviços de saúde?”; “O cuidado oferecido atende às necessidades dos idosos?”. A estes, estão relacionados os

objetivos deste projeto, cujas respostas foram perseguidas por meio da metodologia exposta a seguir.

#### **4. OS CAMINHOS DA PESQUISA**

Para alcançar os objetivos pretendidos com a pesquisa, foi adotada uma abordagem metodológica qualitativa, compreendendo ser esta a alternativa mais adequada para desvelar o objeto. Para que fosse possível conhecer as experiências vivenciadas pelos idosos, sobre as quais se pretendeu debruçar, deveria ser estabelecida uma relação aproximada entre o pesquisador e os sujeitos participantes da pesquisa, facilitando o processo de coleta de dados junto aos sujeitos e o processo de análise destes dados por parte do pesquisador.

A abordagem qualitativa “[...] parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito” (CHIZZOTTI, 2010, p. 38).

Alami, Desjeux e Garabuau-Moussaoui (2010) afirmam que a força das abordagens qualitativas, entre outras, está em seu poder de mostrar a ambivalência da maioria das realidades sociais melhor do que o fazem as abordagens quantitativas. As pesquisas qualitativas valorizam a figura do sujeito e de seus significados na produção dos resultados, pois se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam e constroem seus artefatos e a si mesmos (MINAYO, 2008).

Entre tantas possibilidades de abordagens qualitativas, o fato da pesquisa almejar saber o que pensam sujeitos idosos acerca do processo de envelhecimento e do cuidado prestado pelos serviços de saúde direcionou a escolha para o uso de narrativas. Domingues (2014) afirma que a velhice é um lugar privilegiado de testemunho e de experiência narrativa, não porque o idoso acumula histórias ao longo de sua vida, e sim porque são estas histórias que afirmam o seu modo de ser, de ver a vida e de se relacionar com os outros. Idosos então são considerados guardiões das memórias de nossa sociedade, “são os narradores privilegiados em uma comunidade repleta de memórias, palavras e práticas que podem ser socializadas e compartilhadas por todos” (DOMINGUES, 2014, p. 557).

A narrativa está intimamente ligada à memória. Para iluminar o percurso metodológico que foi adotado nesta pesquisa, apontamos como referência a obra “Memória e

Sociedade: Lembranças de Velhos”, de Ecléa Bosi, lançada em 1979, que traz algumas reflexões sobre memória.

Bosi (1994) ancora seu trabalho em autores clássicos, no esforço de conceituação de memória, apesar de deixar bem claro o seu objetivo: “[...] não pretendi escrever uma obra sobre memória, tampouco sobre velhice. Fiquei na intersecção dessas realidades: colhi memórias de velhos” (BOSI, 1994, p. 39). Dialogando com as idéias de Bergson, Halbwachs, Bartlett e Stern, a autora passeia pelas suas formulações acerca da memória. De maneira sucinta, aponta questões principais para estes estudiosos, em busca de reflexões que possam dar sentido às lembranças colhidas.

Segundo a autora, Henri Bergson – filósofo e diplomata francês – trata a memória como um esforço por fazer vir à tona o que estava escondido, brotando do embate entre a subjetividade do espírito e a exterioridade da matéria, sendo esta última um obstáculo para o surgimento da lembrança. Bergson então buscaria provar a espontaneidade e a liberdade da memória, através da qual o passado se conserva inteiro, em oposição aos esquemas mecanicistas que alojam esta memória em algum lugar escondido no cérebro (BOSI, 1994, 51).

Relativizando esta idéia de que a memória tem um estatuto espiritual diverso da percepção, Bosi apresenta as reflexões de Maurice Halbwachs – sociólogo francês da escola durkheimiana – que trata a memória como fenômeno social, e a compreende como a reconstrução do passado. Bosi (1994) afirma que, para Halbwachs, na maior parte das vezes, lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens e idéias de hoje, as experiências do passado. A memória não seria sonho, seria trabalho.

Partindo da oposição das idéias de Bergson e de Halbwachs, Bosi (1994) reflete sobre a memória do velho: seria esta uma recordação pura do passado (conforme Bergson) ou seria um trabalho de reconstrução deste (conforme Halbwachs)? Considerando que a ocupação com a memória tem sido atividade a que se detêm mais os velhos, e que estes se interessam pelo passado bem mais que os adultos, Bosi (1994) atribui aos primeiros o trabalho da memória, que confere função social ao sujeito que lembra, chamando a atenção para a coerência no pensamento de Halbwachs. “Há um momento em que o homem maduro deixa de ser um membro ativo da sociedade, [...] neste momento de velhice social resta-lhe, no entanto, uma função própria: a de lembrar” (BOSI, 1994, p. 63).

Bosi traz ainda, para as suas reflexões sobre memória, as contribuições de Frederic Charles Bartlett – psicólogo britânico –, principalmente o seu uso do conceito de “convencionalização”, que, segundo Bosi (1994), é um conceito-chave para conectar o

processo cultural de um dado momento histórico ao trabalho da memória. Coincidindo com as formulações de Halbwachs, Bartlett acredita que a “matéria-prima” da recordação não surge do estado puro da linguagem do sujeito que lembra, mas é tratada, às vezes estilizada, pelo ponto de vista cultural e ideológico do grupo em que o sujeito está situado. Ou seja, é preciso considerar não apenas o que se lembra, mas também como se lembra, em que “a ‘convencionalização’ é, a rigor, um trabalho de modelagem que a situação evocada sofre no contexto de idéias e valores dos que a evocam” (BOSI, 1994, p. 66).

É nas formulações de William Stern – psicólogo e filósofo alemão –, que Bosi busca encontrar um ponto de intersecção entre as idéias de Bergson, de Halbwachs e de Bartlett, conciliando a suposição de uma memória “pura”, mantida no inconsciente, com a suposição de que as lembranças são refeitas pelos valores do presente. Segundo a autora, para William Stern, a memória poderá ser conservação ou elaboração do passado, numa concepção extremamente flexível da memória: a lembrança é a história da pessoa e seu mundo, enquanto vivenciada, considerando o estrato objetivo da lembrança (‘história’, ‘mundo’), mas subordinado à subjetividade (‘seu’, ‘vivenciada’) (BOSI, 1994).

Exatamente porque os pressupostos de sua pesquisa são contrapostos, Bosi afirma que a resposta para a sua questão – qual é a forma predominante de memória de um dado indivíduo? – é tão complexa, que só é possível descobrir a resposta levando os sujeitos a fazerem a sua autobiografia. Desta forma, cada sujeito terá a *sua* memória.

Com base nestas reflexões sobre memória, realizadas por Bosi (1994), que se buscou definir que, nesta pesquisa, as memórias dos idosos seriam tratadas em seu caráter particular, dado que cada qual é o sujeito de suas memórias, mas também em seu caráter social, buscando identificar o que de coletivo há em suas trajetórias e lembranças.

#### 4.1. CENÁRIO DO ESTUDO

A motivação para a realização da pesquisa pretendida, conforme já abordado anteriormente, nasceu de uma experiência de trabalho em uma determinada unidade de saúde pública, vinculada à Fundação Municipal de Saúde do município de Niterói, pertencente à região metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

Trata-se da Policlínica Regional do Largo da Batalha Dr. Francisco da Cruz Nunes (PRLB), onde também se apontou como unidade de referência para a realização da pesquisa. Esta é uma unidade mista, onde no andar térreo funciona o Serviço de Pronto Atendimento (SPA), que realiza atendimentos de emergência; e no andar superior funciona o ambulatório,

que oferece atendimentos em clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia, odontologia, endocrinologia, cardiologia, neurologia, e outras especialidades.

A área de abrangência da Policlínica corresponde à Região de Pendotiba, terceira região de planejamento do município. Sua amplitude geográfica corresponde uma população de 55.593 habitantes, com cerca de 18.000 domicílios e uma área geográfica de 17,35 km<sup>2</sup> (PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI, 2015, p. 16).

Esta área corresponde a nove(9) bairros (Badu, Cantagalo, Ititioca, Largo da Batalha, Maceió, Maria Paula, Matapaca, Sapê e Vila Progresso) onde estão localizadas onze(11) unidades de saúde – oito(8) postos do Programa Médico de Família (PMF Atalaia, PMF Cantagalo, PMF Grotta I, PMF Grotta II, PMF Ititioca, PMF Maceió, PMF Matapaca e PMF Sapê), uma(1) Clínica Comunitária da Família (CCF Badu), um(1) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Largo da Batalha), além da própria Policlínica.

Uma vez que o Programa Médico de Família não alcança a totalidade da área de abrangência da Policlínica, para os usuários que moram em locais em que não há postos do PMF, a PRLB presta a atenção básica a esta população. Já para a população que reside onde há cobertura do PMF, a PRLB atua como unidade de saúde da atenção secundária, oferecendo atendimento de especialidades, por meio de encaminhamentos oriundos dos postos.

Há que se registrar que o apontamento da Policlínica Regional do Largo da Batalha como cenário do estudo significa que este foi o elemento agregador dos participantes da pesquisa. Em comum, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, de alguma forma, estavam ligados à Policlínica: a pesquisadora (enquanto profissional de saúde atuante na unidade), os entrevistados (enquanto usuários dos serviços oferecidos pela unidade), e outros sujeitos facilitadores do processo, como outros funcionários e usuários.

Na sua área de abrangência residiam todos os entrevistados, havendo a circulação da pesquisadora, na ocasião de entrevistas realizadas nos domicílios dos idosos, assim como dos colaboradores, quando preferiram que as entrevistas fossem feitas na unidade de saúde. Quando esta segunda possibilidade ocorreu, foi utilizado um espaço anexo à Policlínica, dedicado exclusivamente às reuniões do grupo do artesanato, freqüentado cotidianamente por muitos dos sujeitos que participaram da pesquisa.

#### 4.2. O MÉTODO: HISTÓRIA ORAL

Optando por trabalhar com uma metodologia qualitativa de pesquisa, que tivesse como base o uso de narrativas, o passo seguinte se constituiu na definição do método. Buscou-se um

que permitisse o encontro intersubjetivo do pesquisador com os idosos, em que fosse possível o diálogo e a produção de conhecimento sobre tempo presente a partir de experiências de pessoas comuns.

Para atender a estas expectativas, foi adotado o método **história oral**, compreendido por Meihy (2005) como uma prática de apreensão de narrativas feitas através do uso de meios eletrônicos (gravação de áudios e vídeos) e destinada a recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato. Trata-se de um recurso moderno, usado para a elaboração de registros, documentos, arquivamento e estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos, sendo sempre uma história do "tempo presente" e também reconhecida como "história viva" (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Bolle (2010) registra que a história oral se move em terreno interdisciplinar, possibilitando o diálogo e a interação entre a sociologia, a antropologia, a psicologia social, e diversas outras disciplinas, tendo na memória a sua fonte principal, que subsidia e alimenta as narrativas que constituirão o documento final.

A história oral, definida por Lang (2000), é uma metodologia qualitativa de pesquisa, adequada ao conhecimento do tempo presente, que permite conhecer a realidade passada e presente, pela experiência e pela voz daqueles que a viveram. Configura-se como uma experiência em que se compartilha o registro de lembranças. A narrativa então se transforma em um processo compartilhado, cuja dinâmica prevê a fala, a escuta e a troca de olhares, tornando possível a realização da essência humana relacional.

Mais do que uma conversa mediada pelo gravador, Meihy (1994) afirma que a história oral deriva de um método complexo e assume particularidades que vão desde a organização de um projeto até o compromisso de publicação do texto final, em devolução à comunidade imediata que o gerou e a seu contexto mais amplo, assumindo um fundamento político em sua própria razão de ser.

Segundo Paulin (2004), a metodologia denominada de História Oral teve sua origem no início do século XX, sendo desenvolvida inicialmente pela psicologia, sociologia e antropologia. Com o advento da Segunda Guerra Mundial, houve a ascensão de técnicas quantitativas de pesquisa, o que relegou os métodos ditos "subjetivos" (entre eles a História Oral) para segundo plano. Somente depois de 1960 é que a História Oral voltou a ser utilizada, principalmente por pesquisadores nas Ciências Humanas, considerando os avanços tecnológicos e a utilização do gravador para a coleta de entrevistas. No Brasil, a História Oral surgiu na década de 1970, quando a Fundação Getúlio Vargas (RJ) iniciou o "Programa de

História Oral do CPDOC”, em 1975, realizando entrevistas com líderes políticos brasileiros (PAULIN, 2004).

Domingues (2014) registra que, desde o seu surgimento em 1948 (atrelado à invenção do gravador de fita), até o *boom* que ocorre a partir de 1964, a História Oral tinha como preocupação a gravação e a transcrição de depoimentos de vidas significativas, que tivessem importância na participação política, econômica e cultural destas épocas.

Paul Thompson, um dos pioneiros da História Oral na Grã-Bretanha, e hoje uma das autoridades mundiais na reflexão e na utilização desse método para o registro histórico, conceitua História Oral como “a interpretação da história e das mutáveis sociedades e culturas através da escuta das pessoas e do registro de suas lembranças e experiências” (THOMPSON, 2000, p. 9). Segundo ele, a história oral tem um poder único de dar ao pesquisador o acesso às experiências daqueles que vivem às margens do poder, e cujas vozes estão ocultas porque suas vidas são muito menos prováveis de serem documentadas nos arquivos (THOMPSON, 2000).

No Brasil, Domingues (2014) relata que foi a partir do processo de redemocratização da década de 1980, que a História Oral surge, sendo utilizada como instrumento de coleta de depoimentos de pessoas que foram torturadas pela ditadura militar. Este início demonstra uma tentativa de construção de uma contra-história, a história dos vencidos, assumindo um projeto utópico de democratização da história.

Utopia esta que Janotti e Rosa (1993) questionam, alertando para o equívoco de conceber o trabalho com depoimentos orais como uma alternativa ao discurso homogeneizador da História. As autoras refletem que, ao dar voz aos vencidos, a história oral acreditou estar abrindo mão do espaço do cientista para que o outro falasse e, assim, redimisse o grupo. “No entanto, o historiador continua a comandar o processo de conhecimento ao selecionar depoentes, recortar temas, reescrever falas e construir a explicação histórica a partir do que generosamente lhe foi oferecido” (JANOTTI; ROSA, 1993).

A compreensão mais coerente, sugerida por Janotti e Rosa (1993) é olhar para as experiências de vida de forma crítica, de modo a interpretar as experiências vividas à luz do quadro histórico mais amplo da sociedade.

Considerando os diferentes gêneros de história oral apontados por Meihy (2005), o presente trabalho pretende utilizar-se da **história oral temática**. Por partir de um assunto específico e previamente estabelecido, a história oral temática se compromete com o aprofundamento de determinado tema nas narrativas dos sujeitos colaboradores, promovendo discussões de forma dialógica.

Justifica-se o uso da história oral temática ao considerar que, nesta pesquisa, interessa compreender as experiências de vida dos idosos a partir de dois recortes. O primeiro recorte se refere à etapa da vida dos sujeitos: aquele em que os colaboradores se percebem envelhecendo. Já o segundo recorte se refere às experiências oriundas do contato dos sujeitos entrevistados com os serviços de saúde. Desta forma, “dado o seu caráter específico, a história oral temática ressalta detalhes da história pessoal do narrador que interessam por revelarem aspectos úteis à instrução dos assuntos centrais” (MEIHY, 2005, p. 163).

Em relação às técnicas empregadas na pesquisa, retomamos a afirmação de M. M. Oliveira (2013), de que a técnica compreende a aplicação de instrumentais, regras e procedimentos que facilitam o processo ensino-aprendizagem e a construção do conhecimento. As técnicas utilizadas em pesquisas devem ser compreendidas como meios específicos para viabilizar a aplicação de método(s).

Na pesquisa realizada, a coleta de dados ocorreu por meio da realização de entrevistas temáticas semiestruturadas, além do uso de caderno de campo. Bolle (2010) afirma que entrevistas temáticas se referem a experiências ou processos específicos vividos ou testemunhados pelos entrevistados.

Em história oral, a entrevista se fundamenta menos como atestado de verdade ou referência documental, e “mais como discurso que tem uma lógica própria apoiada na conjunção de fatores biológicos e culturais de quem ao recordar se coloca como narrador de uma aventura que o implica” (MEIHY, 2008).

Valendo-se da entrevista como um documento, na história oral temática, a atuação do entrevistador como condutor dos trabalhos fica muito mais explícita que em outros gêneros, como a história oral de vida ou a tradição oral. Esta entrevista é conduzida com o uso do roteiro, que, segundo Meihy (2005), torna-se peça fundamental para a descoberta dos detalhes procurados.

Manzini (1990-1991) caracteriza a entrevista semiestruturada como sendo aquela cujas respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas formuladas pelo pesquisador, como ocorre na entrevista com dinâmica rígida. Ele aponta que a entrevista semiestruturada está focalizada em um objetivo sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. São os recursos de roteiros e questionários que delimitam os temas a serem abordados durante a entrevista, assim como é indispensável o uso de gravadores eletrônicos, e posterior transcrição das falas.

Sendo a história oral uma prática de apreensão de narrativas feita por meio do uso de meios eletrônicos e destinada a recolher testemunhos (MEIHY, 2005), o ponto central do método é a realização das entrevistas.

Meihy e Ribeiro (2011) afirmam que, quando se fala em história oral, relaciona-se à prática de entrevistas. Os autores compreendem entrevista como “encontros planejados, gravados por diferentes mídias, decorrentes de projeto, exercitado de maneira dialógica, ou seja, com perguntas/estímulos e respostas” (MEIHY; RIBEIRO, 2011, p. 12). Mais do que dados informativos, a entrevista em história oral deve permitir entender situações, fatos, e visões de mundo, sendo utilizados processos sistematizados e organizados sob a lógica de um projeto.

A entrevista em história oral é a manifestação do que se convencionou chamar de documentação oral, ou seja, suporte material derivado de linguagem verbal expressa para este fim. Constitui-se em um processo dialógico, em que precisa haver pelo menos duas pessoas em diálogo, mas que não se trata de uma simples conversa, e sim uma relação programada, com atenção à gravação. “Assim, contatos humanos, premeditados, se colocam imprescindíveis à elaboração da história oral” (MEIHY; HOLANDA, 2017, p. 14).

Muitas vezes a entrevista é empregada no preenchimento de lacunas existentes de informações ou para complementar outros documentos. No entanto ela também pode ser utilizada para expor aspectos não revelados, subjetivos, alternativos aos documentos escritos. Acredita-se que este seja o caso do uso da entrevista no estudo em questão, que se configura em uma oportunidade de transformar as experiências dos sujeitos idosos com os serviços de saúde em documentação oral, e partir desta documentação para a realização de uma análise.

Importante registrar que o primeiro produto da realização das entrevistas constituiu-se nas gravações, ou seja, os áudios das entrevistas. A partir deste produto, foi realizado um trabalho de passagem do oral para o escrito, com profundo rigor metodológico, em etapas complexas e encadeadas, que geraram outro material, chamado de *corpus* documental da pesquisa, que reuniu todas as narrativas produzidas, a partir do qual foi possível identificar os resultados do estudo, assim como analisá-los. Ainda que haja bem documentado o método de coleta de dados em história oral, tendo por direção principal as obras de Meihy, e que nelas há indicações metodológicas para a realização de análises em história oral, nesta pesquisa a metodologia de análise foi desenvolvida de forma experimental, inspirada nas etapas do método de análise de conteúdo de Bardin, e melhor explicitadas nos itens que se seguem.

### 4.3. COMUNIDADE DE DESTINO, REDES E COLABORADORES

De acordo com Meihy (2005), a história oral pode ser construída a partir de uma pessoa ou de um grupo definido (pequeno ou grande) de entrevistados. Estes são sujeitos primordiais da pesquisa, que participam ampla e voluntariamente do processo, denominados **colaboradores**.

Meihy e Ribeiro (2011, p. 25) esclarecem que “colaboração” ou “colaborador” são termos usados “como resultado de propostas de um tipo de história oral que advoga a participação conveniada das partes que se dispõem a produzir um trabalho de pesquisa de fundo social”. Desta forma, **colaborador** é um termo que supera outros, como “atores sociais”, “informantes” ou “objeto de pesquisa”, do ponto de vista ético, e denota o respeito com o entrevistado que não merece ser considerado apenas como um objeto na pesquisa.

A seleção dos colaboradores, em história oral, pressupõe a definição de alguns conceitos, utilizados para “orientar maneiras específicas de soluções de problemas teóricos e técnicos que os oralistas [sujeitos que trabalham com história oral] têm na fase das entrevistas e na constituição das narrações” (MEIHY, 2005, p. 55).

O primeiro deles é a **comunidade de destino**, compreendida como “aquilo que identifica as pessoas, os motivos, as trajetórias que as reúnem em características afins” (MEIHY, 2005, p. 56). Neste trabalho, a comunidade de destino corresponde aos idosos (pessoas com 60 anos ou mais) que residem na área de abrangência da Policlínica Regional do Largo da Batalha.

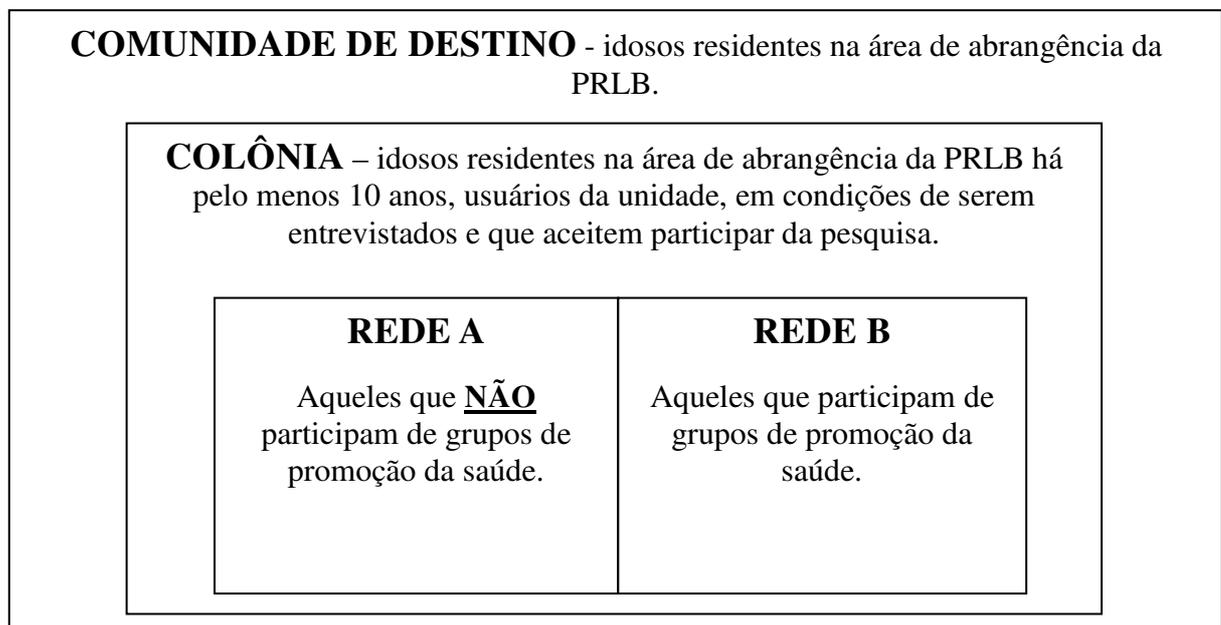
Com o objetivo de facilitar o entendimento do coletivo que se perderia no todo da comunidade de destino, a solução operacional, proposta por Meihy (2005), é que se realize um recorte tornando viável o estudo, no que se denomina **colônia**. Meihy e Holanda (2017) caracterizam a colônia como a primeira divisão da comunidade de destino, que visa organizar a condução do estudo, a partir de uma decisão arbitrária, já que há várias formas de proceder este parcelamento.

Definida pelo padrão geral da comunidade de destino (idosos residentes na área de abrangência da Policlínica Regional do Largo da Batalha), nesta pesquisa, a colônia é composta por: aqueles idosos que residiam há pelo menos dez anos na região; que, neste período, buscaram atendimento de saúde da referida Policlínica; que apresentaram condições físicas e mentais de serem entrevistados; e, sobretudo, que aceitaram contribuir com a pesquisa com seus relatos.

Na formação da colônia, há subdivisões chamadas de **redes**, e que “visam estabelecer parâmetros para decidir sobre quem deve ser entrevistado ou não” (MEIHY, 2005, p. 60). A divisão da colônia em redes torna-se interessante para a pesquisa, já que os colaboradores desempenham diferentes papéis sociais, o que diferencia também as suas visões de mundo. Há que se registrar que para cada rede há um “ponto zero”. Meihy e Holanda (2017) apontam para o ponto zero como a origem da rede, a primeira entrevista, aquela que orienta a realização das demais entrevistas, cuja seleção se dá por haver naquele colaborador uma reserva de memória interessante para a realização da pesquisa.

Neste trabalho, a colônia foi dividida em duas redes: a **rede A** e a **rede B**. A rede A foi composta por idosos que não participavam de grupos de promoção da saúde da Policlínica Regional do Largo da Batalha, enquanto a rede B foi composta por idosos que participavam de grupos de promoção da saúde naquela unidade de saúde. No Esquema 1, é possível observar os conceitos utilizados na metodologia de história oral e suas aplicações na presente pesquisa.

**Esquema 1** – Comunidade de destino, Colônia e Redes.



Fonte: Própria autora.

No que se refere à rede A, a aproximação foi feita por duas estratégias: observação dos usuários e familiares do Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso; e indicações de uma agente comunitária da Policlínica. Sendo observados os critérios de inclusão, foi selecionado o ponto zero da Rede A, que se constituiu em uma idosa, atendida em domicílio pelo SADI, com memória preservada, e que em algumas ocasiões já havia manifestado interesse em

contar sua história. Os demais participantes na pesquisa ou foram indicados por ela, ou foram selecionados segundo o mesmo critério de escolha do ponto zero. O projeto de pesquisa foi apresentado individualmente a cada idoso selecionado, assim como o convite realizado e o agendamento das entrevistas com os interessados. O local de preferência na realização das entrevistas foi o domicílio dos idosos.

Já em relação à rede B, a aproximação foi feita com a participação em atividades no grupo, como oficinas de memória e rodas de conversa, ocorridas no decorrer do ano 2018. O convite para participação foi feito para todo o grupo no dia 05/09/2018, com a apresentação do projeto de pesquisa e o levantamento dos colaboradores interessados. A partir da manifestação de interesse em participar, foram verificados os critérios de inclusão e agendadas as primeiras entrevistas. O local de realização das entrevistas também foi discutido com o grupo de colaboradores, quando todos optaram pela utilização da sala do artesanato, após a reunião do grupo, com o aval da coordenação. O ponto zero da Rede B constituiu uma idosa que primeiro aceitou o convite, manifestando o interesse em ser a primeira entrevistada.

Alberti (2013) afirma que o processo de seleção de entrevistados em uma pesquisa de história oral se aproxima, assim, da escolha de “informantes” em antropologia, tomados não como unidades estatísticas, e sim como unidades qualitativas, em função de sua relação com o tema estudado. A mesma autora aponta que, como não se pode estabelecer com precisão quais serão os entrevistados de uma pesquisa de história oral no momento de elaboração do seu projeto, “é também muito difícil definir, de antemão, quantos entrevistados serão necessários para garantir o valor dos resultados da pesquisa” (ALBERTI, 2013, p. 46).

Desta forma, é somente durante a realização do trabalho que os pesquisadores adquirem experiência e capacidade para avaliar o grau de adequação do material já obtido aos objetivos do estudo, e assim se descortina com maior clareza para os mesmos o número de entrevistados necessários. “A decisão sobre quando encerrar a realização das entrevistas só se configura à medida que a investigação avança” (ALBERTI, 2013, p. 46).

Ainda assim, considerando prazos e procedimentos previstos no projeto de pesquisa, firmou-se um número máximo de colaboradores a serem entrevistados: 12 idosos. A previsão era entrevistar até 6 idosos de cada rede, considerando que este seria um número viável, e que poderia atribuir consistência ao material colhido. Dentro deste universo previsto, havia a intenção de observar o que Alberti (2013) chama de conceito de “saturação”, atribuindo a sua formulação a Daniel Bertaux. Este autor formula que há um momento em que as entrevistas acabam por se repetir, seja em seu conteúdo, seja na forma pela qual se constrói a narrativa, e

a continuação do trabalho significa aumentar o investimento enquanto o retorno é reduzido, já que se produz cada vez menos informação.

Bertaux (1993) aponta que a questão relacionada ao número de participantes na pesquisa possui implícito um julgamento sobre a validade da investigação, reconhecendo no conceito de saturação uma possibilidade para resolver o problema. Para o autor, “a saturação é um processo que é operado não no plano de observação, mas na representação de que o pesquisador constrói pouco a pouco do seu objeto de indagação” (BERTAUX, 1993, p. 11).

Meihy e Ribeiro (2011), refletindo sobre a mesma questão, apontam para a “lei dos rendimentos decrescentes”, ou seja, quando se percebe que se esgotou um argumento pela repetição contínua do mesmo, apontando que não se faz mais necessário continuar com as entrevistas. É uma decisão delicada, a ser tomada com todo o cuidado e considerando que o número de entrevistas deve ser suficientemente representativo para a produção de uma análise consistente.

Desta forma, buscando equilibrar as condições possíveis de trabalho na pesquisa com o critério de saturação proposto nas obras de referência, atingiu-se o número máximo previsto. Foram 12(doze) idosos entrevistados, 6(seis) de cada rede. É bem verdade que as entrevistas apresentaram algumas repetições, sobretudo de questões abordadas pelos colaboradores, mas considerando a forma diversa com a qual foram tratadas pelos mesmos, acreditou-se que seria interessante investir em ouvir o número máximo de idosos previsto.

Com base em informações obtidas junto aos colaboradores, na etapa da coleta de dados – devidamente detalhada no próximo subitem –, foi produzida uma caracterização socioeconômica dos colaboradores entrevistados, por meio da consolidação dos dados colhidos nas Fichas de Cadastro de Colaboradores (Apêndice D).

A iniciativa de realizar a caracterização socioeconômica dos sujeitos entrevistados nesta pesquisa ampara-se na compreensão de que o objetivo de conhecer necessidades e experiências de cuidados prestados pelos serviços de saúde não pode ser dissociado da abordagem às condições socioeconômicas a que estão submetidos os sujeitos idosos participantes do estudo.

Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) afirmam que as condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade se efetivam como base para o padrão sanitário de um povo, sendo necessário identificar a posição de cada indivíduo na sociedade para compreender a sua situação de saúde, e conseqüente as suas necessidades. Desta forma, a posição social dos indivíduos diferencia fundamentalmente os riscos ambientais ou físicos a que estão cotidianamente submetidos.

Neste exercício de investigação, as informações colhidas foram organizadas e agrupadas conforme consta no Quadro 1, com enfoque nas seguintes questões: sexo, idade, bairro de residência, estado civil, escolaridade, ocupação atual, ocupação anterior e renda mensal própria. No referido quadro, os colaboradores estão agrupados em Rede A e Rede B.

Foram entrevistados 12(doze) colaboradores, dos quais 9(nove), ou 75%, eram do sexo feminino e 3(três), ou 25%, do sexo masculino. Toda a rede B foi composta por mulheres, pois não havia, no período da pesquisa, participantes do grupo de artesanato do sexo masculino. Já na rede A, buscamos entrevistar o mesmo número de homens e de mulheres.

**Quadro 1 – Dados socioeconômicos dos colaboradores.**

REDE	COLABORADORES	SEXO	IDADE	BAIRRO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO ATUAL	OCUPAÇÃO ANTERIOR	RENDA (em salários mínimos)
Rede A	Iris	F	81	Largo da Batalha	Casado(a)	Analfabeto(a)	Aposentado(a)	Lavadeira	1,0
	Margarida	F	61	Largo da Batalha	Casado(a)	Fundamental incompleto	Cuidador(a) familiar	Do lar	0,0
	Acácia	F	61	Largo da Batalha	Casado(a)	Médio completo	Cuidador(a) familiar	Cuidador(a) de idosos	0,0
	Jacinto	M	93	Sapê	Viúvo(a)	Analfabeto(a)	Aposentado(a)	Mestre de obras	1,0
	Gerânio	M	62	Sapê	Casado(a)	Médio incompleto	Artesão	Mestre de obras	2,5
	Narciso	M	78	Sapê	Casado(a)	Fundamental incompleto	Aposentado(a)	Motorista rodoviário	1,0
Rede B	Amarilis	F	76	Sapê	Viúvo(a)	Analfabeto(a)	Passadeira / Beneficiário(a) BPC	Empregada doméstica	1,0
	Magnólia	F	62	Sapê	Separado(a)	Médio incompleto	Aposentado(a)	Auxiliar de serviços gerais	1,0
	Gardênia	F	76	Maceió	Viúvo(a)	Médio incompleto	Aposentado(a)	Merendeira	1,0
	Dália	F	79	Largo da Batalha	Viúvo(a)	Fundamental incompleto	Beneficiário(a) BPC	Vendedor(a) autônomo(a)	1,0
	Açucena	F	77	Maceió	Viúvo(a)	Fundamental incompleto	Aposentado(a)	Empregada doméstica	1,0
	Azaléa	F	73	Largo da Batalha	Casado(a)	Analfabeto(a)	Diarista / Aposentado(a)	Empregada doméstica	2,0

Fonte: Própria autora.

Sobre as idades dos colaboradores, foi identificado que a metade dos entrevistados possuía entre 70 e 79 anos. Entre os demais, 4(quatro) colaboradores, 33,3% do total, estavam na faixa etária de 60 a 69 anos; 1(um) colaborador, 8,3%, possuía de 80 a 89 anos; e 1(um) colaborador, 8,3%, com mais de 90 anos de idade. Nenhum dos idosos que compuseram a rede B (participantes dos grupos de promoção da saúde da policlínica) possuía mais de 80 anos de idade.

Quanto ao local de moradia, na ocasião do preenchimento da ficha de cadastro, 05(cinco) colaboradores – representando 41,6% do total – declararam residência atual no Sapê, assim como outros 5(cinco) colaboradores afirmaram residir no Largo da Batalha (41,6%). Os demais (2 colaboradores – 16,6% do total) moravam no Maceió. Os três bairros fazem parte da Região de Pendotiba, sendo os mais próximos à Policlínica Regional do Largo da Batalha.

Já em relação ao estado civil, foi possível identificar que 50% dos colaboradores são casados, mais concentrados na Rede A. Já a Rede B é composta majoritariamente (5 colaboradores – 41,6%) por viúvas. Também foi identificada uma colaboradora (8,3%) que informou ser separada de corpos.

Ao questionar a escolaridade dos colaboradores da pesquisa, houve a informação de que 33,3% eram analfabetos, enquanto outros 33,3% informaram não ter concluído o ensino primário, o que corresponde o ensino fundamental incompleto. Os demais colaboradores chegaram a cursar o segundo grau, hoje correspondente ao ensino médio, mas desses 4(quatro) colaboradores, apenas 1(um) informou ter concluído esta etapa.

Sobre a ocupação atual, verificou-se que 58,3% dos colaboradores responderam ser aposentados, e um deles referiu ainda trabalhar como diarista. Duas colaboradoras, representando 16,6% do total, informaram ser cuidadoras informais de seus familiares. Outras duas colaboradoras informaram ser beneficiárias do benefício de prestação continuada (BPC), sendo que uma delas ainda exerce atividade laborativa informal, como passadeira de roupas. Um colaborador (8,3% do total) informou ser artesão.

Também se buscou saber quais eram as ocupações dos colaboradores no passado, tendo por referência a atividade de trabalho anterior à atual. Foi respondido por eles: 3(três) foram empregadas domésticas e 2(dois) foram mestre de obras. Quanto aos demais, cada um informou uma ocupação diferente: vendedora autônoma; auxiliar de serviços gerais; passadeira; motorista rodoviário; cuidadora de idosos; merendeira; e dona de casa, “do lar”.

Sobre a renda mensal própria, 50% dos colaboradores informaram receber um salário mínimo. Uma colaboradora recebe dois salários mínimos, e um colaborador informou a renda

em torno de 2,5 salários mínimos, sendo esta variável por mês. E duas colaboradoras (16,6%) não recebiam qualquer renda própria.

Por meio da consolidação das referidas informações socioeconômicas, é possível afirmar que a colônia de colaboradores foi formada por pessoas de ambos os sexos, majoritariamente mulheres, com idades variadas (maior parte entre 60 e 79 anos), além de haver um equilíbrio entre casados e viúvos, residindo na proximidade da unidade de saúde. Também verificou-se que a colônia foi composta por colaboradores com poucos anos de estudo, e que, conseqüentemente, desempenharam ocupações que admitiam baixa escolaridade. Salvo poucas exceções, os colaboradores são beneficiários da política de Previdência Social ou da política de Assistência Social. Ainda assim, alguns continuam a exercer algum trabalho informal.

#### 4.4. ETAPAS DA COLETA DE DADOS

Meihs (2008) aponta que entrevista, em geral, é uma prática antiga, legítima e utilizada de diversas maneiras por diferentes grupos (jornalistas, psicólogos, antropólogos, sociólogos e outros). No entanto, em história oral, entrevista é algo diferente, tanto pela sua constituição quanto pelas implicações éticas e compromissos.

As entrevistas em história oral temática, gênero eleito para este trabalho, são organizadas, planejadas, atentas a cumprir uma finalidade, assinalando de forma pontual, precisa e objetiva as questões que se deseja apresentar aos colaboradores. São feitos recortes de assuntos específicos, cujos temas são trabalhados por meio de um questionário ou roteiro, a ser respondido oralmente.

Para esta pesquisa, foram cumpridas as seguintes etapas para a coleta de dados (MEIHY; RIBEIRO, 2011): a pré-entrevista; a entrevista; e a pós-entrevista.

A pré-entrevista é a etapa preparatória do encontro em que é realizada a gravação. Neste estudo, consistiu no encontro em que o convite para a participação na pesquisa foi feito. Alguns encontros foram agendados por contato telefônico, quando já se tinha conhecimento que o idoso selecionado atendia aos critérios de seleção do estudo. Outros foram marcados por intermediação de terceiros (agente comunitária), de acordo com a disponibilidade do idoso. E houve encontros que não foram agendados, e que ocorreram em oportunidades inesperadas de contato da pesquisadora com idosos que se revelaram interessantes para a pesquisa.

Antes de realizar o convite propriamente dito, a pesquisadora apresentava a pesquisa de forma geral. Em seguida, por meio de conversa informal, buscava saber se o idoso atendia aos critérios de seleção da pesquisa. Não houve situação em que o idoso selecionado não fazia o perfil de colaborador. A partir desta confirmação, o procedimento tomado foi o de apresentação dos objetivos e de como seria a participação do colaborador, para em sequência fazer o convite. Todos os idosos convidados aceitaram colaborar com seus relatos para o estudo.

A etapa seguinte consistiu na entrevista em si. Este segundo encontro era iniciado com a confirmação do consentimento do colaborador, por meio da assinatura do **Registro de Consentimento Livre Esclarecido** (constante no Apêndice C) por aqueles que concordaram com o termo e desejaram colaborar com o estudo. Logo em seguida era preenchida a **Ficha de Cadastro do Colaborador** (Apêndice D), com a finalidade de identificação dos entrevistados e subsídio à caracterização socioeconômica dos mesmos.

Somente depois destes procedimentos era iniciada a gravação, por meio de aparelho digital, com o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado guiado por um questionário/roteiro<sup>2</sup>. Cumprindo o agendamento prévio, as entrevistas ocorreram em local de preferência de cada colaborador. Ao mesmo eram oferecidas as seguintes opções: entrevista no domicílio ou em sala localizada em local anexo à Policlínica, onde ocorrem as reuniões do grupo de artesanato. Era explicitada a necessidade de se evitar interferências externas que pudessem comprometer o processo narrativo e/ou a gravação.

Para Meihy e Holanda (2017), o uso de um questionário/roteiro não é apenas admitido, quando se trata de história oral temática. Na verdade, o recurso é peça fundamental para a aquisição dos detalhes procurados. No Apêndice E, referente ao Quadro de Alinhamento Metodológico, é possível verificar o **roteiro de entrevista** que foi utilizado neste estudo. Importante registrar que, devido ao caráter dinâmico da história oral, outras questões, não previstas no roteiro, surgiram no decorrer da entrevista, e foram feitas pela entrevistadora como forma de elucidar o tema em questão.

Com todos os colaboradores, foi realizada uma única entrevista com cada um, buscando abordar todos os itens do roteiro em uma mesma sessão. A duração média das entrevistas foi de 39 minutos e 12 segundos, entre as quais a entrevista mais breve durou 16 minutos e 22 segundos e a mais longa durou 01 hora, 01minuto e 27 segundos, conforme

---

<sup>2</sup> Neste trabalho, não utilizamos um questionário, e sim um roteiro de entrevista, apesar do primeiro ser um termo amplamente utilizado na literatura específica de História Oral.

consta mais detalhadamente explicitado no Quadro 2, em que constam as durações de todas as entrevistas realizadas. Todos os áudios foram gravados em gravador digital.

**Quadro 2** – Durações das entrevistas.

Ordem de realização das entrevistas	Rede	Duração (em h:min:s)
Entrevista 1	A	00:17:14
Entrevista 2	A	00:26:40
Entrevista 3	B	01:01:27
Entrevista 4	B	00:48:15
Entrevista 5	B	00:44:04
Entrevista 6	B	00:54:53
Entrevista 7	B	00:59:07
Entrevista 8	A	00:16:22
Entrevista 9	A	00:26:06
Entrevista 10	B	00:39:25
Entrevista 11	A	00:40:49
Entrevista 12	A	00:36:05
<b>MÉDIA</b>		<b>0:39:12</b>

Fonte: Própria autora.

Outro instrumento importante utilizado neste projeto foi o caderno de campo, de uso exclusivo da pesquisadora, onde foram registradas as observações referentes às entrevistas específicas, assim como no registro da evolução do projeto. Meihy e Ribeiro (2011) sugerem a sua utilização como um referencial obrigatório nas finalizações dos trabalhos, já que nele devem ser registradas impressões do entrevistador, problemas encontrados, reflexões teóricas decorrentes de debates sobre determinados assuntos, possibilitando um diálogo frequente e constante em relação ao projeto inicial. No caderno de campo foram registradas as observações feitas durante a realização das entrevistas, e que foram devidamente utilizadas para contextualizar, complementar, esclarecer e iluminar as análises.

A terceira etapa de coleta de dados consiste na pós-entrevista. Nela ocorrem os procedimentos de transformação do oral para o escrito, começando pela transcrição dos áudios (converter o conteúdo gravado em um texto escrito), passando pela textualização (o texto é reorganizado de modo que as perguntas são retiradas e fundidas à narrativa, facilitando a leitura do texto) e pela transcrição (elementos extratexto são incorporados e é estabelecido o texto final) (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Nesta etapa também há a validação do texto gerado pelas entrevistas junto aos seus narradores. Por meio do diálogo, o texto produzido é conferido com o respectivo colaborador,

corrigindo erros e enganos, demonstrando completo respeito aos sujeitos narradores, que, ao final do processo de validação, autorizam ou não o uso do material produzido.

Importante registrar e refletir sobre os desafios que se impuseram à pesquisa no que concerne à coleta de dados. Devido à adoção do método história oral, que possui bem delimitados os procedimentos de operacionalização da pesquisa, a observância destes tanto facilitou o seu desenvolvimento, por serem claros e definidos, quanto impuseram um controle rígido do andamento das etapas, que tornou o processo da pesquisa bastante trabalhoso e complexo.

A etapa pré-entrevista foi facilitada nesta experiência devido ao conhecimento prévio de vários sujeitos que participaram ou que facilitaram a realização das entrevistas. A seleção dos colaboradores e a sua abordagem ocorreram de forma breve, e foram assertivas visto que todos os idosos selecionados atendiam ao perfil da pesquisa, e prontamente aceitaram colaborar com o estudo. Não houve qualquer intercorrência durante esta fase do trabalho, que nos leva a refletir que o conhecimento prévio dos sujeitos facilitou bastante a seleção de colaboradores, e, nos casos em que ainda não havia conhecimento pessoal entre a entrevistadora e os idosos, foi de enorme contribuição a intermediação realizada pela agente comunitária, facilitadora do acesso aos sujeitos. Consideramos que a sua participação foi de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa, elemento chave para a aproximação com os idosos, por meio do apontamento de possíveis colaboradores, apresentação da pesquisadora, agendamento dos encontros, além de conceder informações importantes sobre o território de realização da pesquisa.

Quanto às entrevistas em si, a condução das mesmas se configurou um grande desafio. Os idosos entrevistados, em sua maioria, mostraram-se bastante inclinados ao diálogo, portando-se de maneira descontraída e receptiva às perguntas feitas. Das questões presentes no roteiro, e que foram abordadas nas entrevistas, é possível afirmar que aquelas referentes à trajetória de vida foram as que despertaram maior interesse dos mesmos em se expressarem. Era possível observar o prazer dos colaboradores em narrar suas vidas e suas histórias, ainda que algumas dessas narrativas estivessem repletas de acontecimentos tristes ou que causassem emoção e choro nos narradores. Em várias entrevistas, a entrevistadora, a princípio, encontrou dificuldade em abordar alguns assuntos com os colaboradores, principalmente aqueles relacionados às suas impressões acerca do cuidado prestado pelos serviços de saúde, uma vez que alguns deles mostraram-se mais interessados em narrar suas diversas experiências vividas no passado, nem sempre relacionadas às questões de saúde. Em algumas ocasiões, foi adotada como estratégia a rerepresentação dos objetivos da pesquisa ao colaborador, na forma de

convite à temática, sem que houvesse qualquer imposição à resposta. Em outros casos, optou-se pela escuta livre do colaborador, compreendendo que, ainda que o relato aparentemente não atendessem às questões do roteiro, estas poderiam estar inseridas em contexto maior de raciocínio do entrevistado, e que posteriormente fariam sentido no âmbito da pesquisa.

E neste fato se expressou o desejo real dos colaboradores: estavam ávidos por contar suas trajetórias de vida, talvez porque alguns deles ainda não tivessem tido esta chance, segundo relatos dos próprios. São pessoas comuns, envelhecidas, a quem poucos ouvintes costumam dedicar a sua atenção. A oportunidade da entrevista alcançou objetivos mais amplos que a simples coleta de dados. Tornou-se um momento de fala livre e sincera para os sujeitos narradores, e de grande aprendizado para a pesquisadora ouvinte. Desta forma, o que a princípio parecia uma dificuldade, revelou-se uma potência do trabalho, alcançando a sua intenção essencial de acolher as contribuições mais espontâneas dos sujeitos, por meio de uma escuta atenta e generosa. Alguns entrevistados assumiram a condução, e isso não causou prejuízos ao desenvolvimento da entrevista.

Outra situação enfrentada foi em relação ao ambiente escolhido pelos colaboradores para a entrevista. Aquelas que foram realizadas na sala do grupo de artesanato apresentaram ruídos nas gravações, devido à proximidade com a rua. O trânsito e outros sons ficaram registrados, e, ainda que não tenham constituído um problema no momento da entrevista, durante a transcrição acrescentaram complexidade ao processo. Já algumas entrevistas realizadas nos domicílios apresentaram outro aspecto: a presença de outras pessoas durante a entrevista pode ter causado distrações aos colaboradores, ou até estimulado abreviações em suas narrativas. Ainda assim, nenhuma dessas questões inviabilizou a realização ou mesmo a transcrição das entrevistas.

Já na pós-entrevista apontamos que a passagem do oral para o escrito se configurou no maior desafio desta etapa. Foram utilizados alguns recursos/software de transcrição automática, mas o resultado não atendeu às expectativas. Os softwares utilizados apresentavam textos que absolutamente não correspondiam ao discurso dos colaboradores, talvez devido a sotaques e regionalismos nas falas dos colaboradores, talvez por conta de alguns ruídos presentes nas gravações. Desta forma, todo o processo de transcrição foi realizado pela própria pesquisadora, a partir da audição das falas e imediata digitação dos textos, num processo de trabalho praticamente “artesanal”. Os mesmos motivos que talvez tenham impossibilitado o funcionamento dos softwares também foram dificultadores para a transcrição manual, e impuseram um considerável tempo para a sua realização.

Ainda na etapa pós-entrevista, outros procedimentos foram realizados, como o retorno aos colaboradores com a finalidade de devolver aos mesmos o material produzido com as entrevistas, denominado pela metodologia de história oral de validação. Tratou-se de um novo encontro, com cada colaborador, realizado no mesmo espaço em que foi realizada a entrevista, previamente agendado, de acordo com as suas disponibilidades. Além de comunicar o codinome que foi atribuído a cada um, com a finalidade de guardar o sigilo e a confidencialidade dos relatos, foi realizada a leitura do texto composto pelo processo de transcrição.

Ainda que a interferência da pesquisadora tenha sido flagrante, tanto por apresentar um texto final em primeira pessoa como produto da entrevista, quanto por terem sido realizadas seleções de palavras e trechos narrados, há de se registrar que a aprovação do texto final foi unânime entre os colaboradores, que validaram todas as narrativas sem ressalvas ou modificações. Alguns, inclusive, emocionaram-se tendo as suas histórias contadas pela pesquisadora, afirmando sua identificação com o material produzido, agora sim compondo o **corpus documental** deste trabalho de história oral, apresentado integralmente no Apêndice G. Narciso (78 anos, Rede A) comentou, ao terminar de ouvir o texto de sua narrativa: “Puxa! Eu não sabia que eu era tanta coisa!”. Amarílis (76 anos, Rede B) demonstrou gratidão neste momento: “Muito obrigada por me ouvir! Eu me sinto viva!”, assim como Gerânio (62 anos, Rede A): “Obrigada por me apresentar esta pessoa que eu mesmo não conhecia”. Seja por meio da fala, ou por meio de suas expressões, e até por meio das lágrimas que surgiram durante a leitura dos textos aos seus narradores, é possível afirmar que os colaboradores demonstraram-se alegres por se sentirem representados pelo material produzido.

Importante relatar que, no projeto de pesquisa, o cronograma de trabalho previa que a coleta de dados seria realizada em três meses. No entanto, considerando a complexidade do processo de composição do *corpus* documental, principalmente no que se refere às atividades de transcrição, textualização e transcrição das 12(doze) entrevistas, assim como as validações, todas elas desempenhadas por apenas uma pessoa, esta fase da pesquisa demandou oito meses de trabalho, cinco a mais do que o previsto.

#### 4.5. CRITÉRIOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi conduzida conforme as normativas da Resolução 510/2016 do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Considerando os princípios éticos descritos no artigo 3º da Resolução 510/2016, foi utilizado na pesquisa o Registro de Consentimento Livre

e Esclarecido, assinado por todos os idosos que aceitarem participar do estudo. A cada um deles, previamente foram esclarecidos os objetivos, metodologia e outros detalhes da pesquisa, e, somente depois disso, foram colhidas as assinaturas no registro, sendo a participação de todos os colaboradores fruto de livre e espontânea vontade dos sujeitos.

A identidade dos colaboradores foi preservada, sendo atribuído um codinome a cada participante, correspondente ao nome de uma flor, assim como partes das narrativas em que fosse impossível manter oculta a identidade do narrador foram retiradas. As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo as gravações arquivadas sob a responsabilidade da pesquisadora, e *corpus* documental produzido por meio do processo de transcrição, textualização e transcrição apresentado no Apêndice F desta dissertação.

Importante também registrar que todo o material produzido e apresentado no *corpus* documental foi submetido à validação dos colaboradores, compondo o material ora apresentado apenas o que foi autorizado pelos idosos entrevistados.

Foi formalizada uma Carta de Anuência Institucional, assinada pela direção da Policlínica Regional do Largo da Batalha.

O projeto de pesquisa “A voz da experiência: necessidades e cuidados prestados pelos serviços de saúde sob o olhar do sujeito que envelhece”, que embasou a realização da presente dissertação, foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública, sob o nº 92148918.5.0000.5240, assim como também foi submetido ao Comitê de Ética da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, por meio do processo 200009568/2018, sendo aprovado em ambas instituições, o que viabilizou a realização do estudo.

## **5. EXPERIÊNCIAS NARRADAS E SUAS ANÁLISES**

### **5.1. A ANÁLISE DE DADOS NA HISTÓRIA ORAL**

Diante da escolha do método história oral, em sua tipologia plena, para a condução deste projeto, a etapa de análise demanda especial atenção em sua realização.

Meihy e Ribeiro (2011) diferenciam a história oral plena – também chamada de história oral pura – da história oral instrumental e da história oral híbrida. Segundo os autores, a história oral instrumental é a reunião de registros e captação de entrevistas como uma modalidade que serve de apoio a outros estudos. A história oral híbrida é aquela que, além da utilização de entrevistas, promove a análise cruzada destas com outros documentos. Já a história oral plena, ou pura, utilizada nesta pesquisa, é aquela que compreende a elaboração de

entrevistas como único elemento de composição do *corpus* documental, além da análise das entrevistas.

Desta forma, a análise dos dados coletados neste estudo seguiu as diretrizes do método de história oral, em que há o estabelecimento de um diálogo entre as entrevistas, como um debate interno baseado em comparações e mesclas de opiniões, pontos de vista ou fatos revelados nas falas dos entrevistados. Este diálogo se iniciou no interior das redes de colaboradores, em busca de categorias próprias que pudessem ser postas em discussão com a outra rede e com a colônia, e se estendeu em conversações deste material com referenciais teóricos estabelecidos. Neste cruzamento de idéias e experiências, o que se apresenta como individual passa a ser compreendido no coletivo. “A dimensão social é feita na medida em que são indicados os pontos de intersecção das diversas entrevistas” (MEIHY; HOLANDA, 2017, p. 131).

A análise do *corpus* documental desta pesquisa ocorreu em três etapas, segundo inspiração da organização de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), nesta ordem cronológica: a pré-análise (primeira etapa); a exploração do material (segunda etapa); e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (terceira etapa). Ainda que não se tenha realizado a análise de conteúdo propriamente dita, pareceu-nos bastante pertinente que a análise dos relatos obedecesse as etapas do método proposto por Bardin (2016).

Na primeira etapa, que correspondeu à fase de organização propriamente dita (BARDIN, 2016), ocorreram as leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas com o intuito de já identificar aspectos importantes para a análise. Ainda que esta tenha sido realizada pela mesma pesquisadora que entrevistou os colaboradores e que procedeu a passagem do material oral para o escrito, nesta etapa foi possível ter contato com os documentos finalizados, articulando com o contexto de sua produção e registrando impressões acerca do material. Assim, tomando por base as categorias originais do estudo – aquelas já previstas desde a escolha dos referenciais teóricos: envelhecimento, necessidades de saúde e cuidados dos serviços de saúde –, foi possível identificar a aproximação dos relatos a elas, percebendo as idéias principais e os significados gerais das narrativas.

A exploração do material, que consistiu na segunda etapa da análise, possibilitou o aprofundamento do conhecimento sobre o *corpus* da pesquisa. Nesta etapa, a pesquisadora, orientada pelos pressupostos e pelo referencial teórico, estabeleceu quadros de referências, buscando sínteses de idéias que coincidiam e que divergiam. Nesta fase, os conteúdos foram recortados em elementos que constituíram unidades de análise. Segundo Campos (2004),

existem várias opções na escolha dos recortes a serem utilizados, mas se percebe um interesse expressivo no uso de temas.

Diante do extenso material constitutivo do *corpus* documental, houve a decisão, por parte da pesquisadora, de construir dois quadros facilitadores para a análise, em que foram inseridas sínteses dos relatos, organizadas em temas. O primeiro quadro fez referência às **Trajetórias de Vida dos Colaboradores**, reunindo os seguintes temas: “Local de nascimento e de moradia”; “Condições de vida na juventude”; “Estudo”; “Trabalho”; “Família”; “Condições de vida atuais”; “Envelhecimento”. Já o segundo quadro, tratou de abordar as suas **Necessidades de Saúde e Cuidados dos Serviços de Saúde**, dividido nos seguintes temas: “Necessidades de saúde no passado”; “Atendimento dos serviços de saúde no passado”; “Necessidades de saúde no presente”; “Atendimento dos serviços de saúde no presente”; e “Cuidado prestado pelos serviços de saúde *versus* Necessidades de saúde”.

Tais temas foram selecionados de acordo com os achados nas entrevistas, obviamente relacionados com o roteiro de entrevista, mas definidos não apenas segundo este. Os relatos dos colaboradores apresentaram particularidades que impuseram a abordagem de questões não previstas no roteiro, e que também motivaram a organização dos quadros para análise. A eleição de temas e a sua disposição nos quadros baseou-se mais fortemente na ordem e na forma com as quais foram abordados nas narrativas.

A terceira etapa da análise compreendeu o tratamento dos dados e a elaboração de inferências a respeito do grupo estudado e do contexto social a que estão submetidos, permitindo assim a interpretação da realidade social por meio do diálogo entre a fundamentação teórica adotada, os relatos de experiências dos colaboradores, contextos, observações registradas no caderno de campo e os pressupostos da pesquisa. Desta forma, foi possível buscar no *corpus* documental das entrevistas “pistas” que possibilitaram a interligação entre a realidade individualmente vivenciada pelos sujeitos e os contextos sociais.

## 5.2. ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Conforme já dito anteriormente, como fruto da coleta de dados realizada nesta pesquisa, ocorrida de Agosto de 2018 a Janeiro de 2019, foi produzido um *corpus* documental, formado pelo processo de transcrição, textualização e transcrição das entrevistas, e exposto integralmente no Apêndice G. Trata-se dos relatos de 12(doze) idosos que aceitaram o convite para a participação no estudo, organizados pela pesquisadora e validados pelos próprios sujeitos colaboradores.

Buscando facilitar a apresentação da análise, a mesma será apresentada em duas seções, em que cada qual corresponde a um dos quadros produzidos: o primeiro versa sobre **Trajетórias de Vida dos Colaboradores**, e o segundo sobre **Necessidades de Saúde e Cuidados dos Serviços de Saúde**.

### 5.2.1. Trajetórias de Vida dos Colaboradores

Uma vez que o envelhecimento humano não é um fato estanque na história dos sujeitos, e sim construído histórica e socialmente no decorrer do ciclo de vida, para compreender as experiências narradas acerca do envelhecimento, foi necessário abordar as trajetórias de vida, considerando aspectos sociais que interferem diretamente na construção do processo de envelhecimento de cada um. Serão apresentados a seguir os temas que reuniram estes aspectos, agrupados por rede.

Sobre os **Locais de nascimento x moradia**, apenas dois colaboradores da Rede A nasceram fora da cidade de Niterói: Margarida (vinda da cidade de Higienópolis no estado de Minas Gerais) e Narciso (vindo da cidade de São Pedro da Aldeia, localizada na Região dos Lagos do estado do Rio de Janeiro). Os demais nasceram em Niterói, sendo dois da mesma região da pesquisa, Pendotiba, e os outros dois de regiões diferentes, Região Norte e Praias da Baía. Atualmente estes colaboradores residem no Largo da Batalha e no Sapê. Já na Rede B, apenas um deles relatou ter nascido em Niterói, mais precisamente na Região Oceânica. Os outros cinco colaboradores são migrantes oriundos de outros estados do Brasil, como Minas Gerais, Santa Catarina e Paraíba. Atualmente residem no Largo da Batalha, no Sapê e no Maceió.

Todos os colaboradores residem na região há pelos menos dez anos, sendo este um dos critérios de inclusão dos idosos no estudo. Apesar da maioria deles ter nascido em outras regiões, cidades e estados, o tempo de vivência na área possibilita que os idosos se identifiquem como Gardênia (76 anos, Rede B): “Nós, aqui do lugar...” Ou como Açucena (77 anos, Rede B): “Sou daqui da Estrada da Viração, no Maceió. Na verdade, eu nasci em Minas Gerais, na roça”.

Percebe-se que a identificação ocorre com o lugar, sendo esta uma importante categoria analítica para compreender as narrativas. Santos (1996, p. 213) afirma que “cada lugar é, à sua maneira, o mundo. [...] Mas, também, cada lugar, irrecusavelmente imerso numa comunhão com o mundo, torna-se exponencialmente diferente dos demais”. O autor acredita que o lugar é onde se dá o cotidiano, compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições, onde ocorre cooperação e conflito, bases da vida em comum.

O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade. (SANTOS, 1996, p. 218)

Monken e Barcellos (2005, p. 901) afirmam que o lugar tem como característica mais importante, antes de qualquer outra, o fato de sua extensão se confundir com a sua própria existência, que possui uma configuração física, ou melhor, territorial. Os autores apontam que o seu fundamento é o cotidiano, e seus parâmetros são: a co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização, com base na contigüidade.

O cotidiano imediato, localmente vivido, traço de união de todos esses dados, é a garantia da comunicação. Assim, a análise da ‘dimensão espacial do cotidiano’ permite, sobretudo, concretizar as ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado dos usos do território, das ações e as formas geográficas que podem formar contextos vulneráveis para a saúde. (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 901)

Considerando o lugar como o local dos encontros de pessoas, empresas, instituições, onde os sujeitos estão presentes em uma dada temporalidade, vivendo as suas rotinas, acredita-se que não é possível deslocar a análise das narrativas do contexto espacial em que elas são feitas e onde as experiências são vividas.

Parafraseando Milton Santos, ao afirmar que o homem não vê o universo a partir do universo, mas desde um lugar, Koga (2011, p. 26) registra que partir do local não significa negar questões universais ou de uma perspectiva mais totalizante sobre a realidade, mas constitui um exercício de revisitar a história, o universo cultural da população que vive em um determinado território, considerando este para além do espaço físico, como uma gama de relações estabelecidas entre seus moradores, que de fato o constroem e reconstroem.

Assim, o território também se apresenta como outra categoria de análise de cunho geográfico de importância central para o presente estudo. Santos (2000, p. 22) afirma que “o território em si, para mim, não é um conceito. Ele só se torna um conceito utilizável para a análise social quando o consideramos a partir do seu uso”. Para além de ser visto apenas como uma parte específica da Terra, o território também é onde são deixadas as marcas da sociedade. É o seu uso, num dado contexto histórico, que o carrega de significados.

Monken e Gondim (2016) apontam o território como um conceito da geografia que nos auxilia a descrever e entender as formas de viver no planeta, conhecer seus habitantes e as relações que estabelecem entre si para poder viver e se reproduzir. Segundo os autores,

debruçar-se sobre o entendimento do território permite identificar os atores sociais e os saberes que possuem para a manutenção da vida, sendo o poder um conceito-chave para compreendê-lo, através do qual é exercido o mando, o jugo ou a imposição de vontade ou projeto particular a outras pessoas, grupos ou instituições (MONKEN; GONDIM, 2016).

Espaço de vida do ser humano, o território foi reconhecido como uma forma de organizar as ações de saúde pública voltadas para os indivíduos e para as coletividades, por meio da sua repartição em áreas político-administrativas. Torna-se estratégico para as políticas sociais públicas na concretização de ações que buscam o enfrentamento de problemas e necessidades da população que o habita e o produz socialmente. Segundo Gondim et. al. (2008, p. 238):

O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o lócus onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidade de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde.

Trata-se do que se tem chamado de “territorialização do sistema local de saúde”, que consiste no reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al, 1998 APUD GONDIM et al., 2008). Desta forma, o apontamento da área de abrangência da Policlínica Regional do Largo da Batalha como cenário do estudo encontra sentido na sua relação com as condições de vida dos sujeitos, extrapolando a simples delimitação geográfica.

Castellanos (1997) reforça que as populações não se distribuem ao acaso nas unidades territoriais de um Estado, tendendo a formar conglomerados humanos que compartilham características relativamente similares de natureza cultural e socioeconômica. A justificativa para este fato seriam as relações de solidariedade formadas pelos indivíduos e pelas famílias, que se identificam como parte de um mesmo grupo populacional, compartilhando identidade. Desta forma, considerando que a população tende a agrupar-se de acordo com uma distribuição social do espaço e que o Estado organiza as suas ações sobre uma base territorial, os territórios são reconhecidos especialmente como unidades de reprodução social. Esta afirmação justifica o reconhecimento do território como forma de delimitação da comunidade de destino desta pesquisa. Viver na área de abrangência da Policlínica Regional do Largo da Batalha é diferente de viver em outras áreas, e por isso abarca condições específicas de vida e saúde, também importantes para a compreensão dos resultados desta pesquisa.

Em suas trajetórias de vida, os colaboradores fizeram menção às **Condições de vida na juventude**. Por meio dos relatos, foi possível identificar que todos os colaboradores da Rede A relataram ter tido uma vida de muita pobreza na infância e na juventude. Margarida (61 anos, Rede A) afirmou: “Olha, eu nasci na roça. [...] Meus pais eram muito pobres, e trabalhavam para trocar o que conseguiam produzir por comida. Não havia dinheiro”.

Iris recorda que, quando criança, todos os dias a sua família se alimentava de mariscos, que eles próprios catavam na praia, com fubá, cozidos em fogo à lenha. Ela também lembra que a casa que residia na sua infância, assim como Margarida, Jacinto e Gerânio também relataram, era feita de barro, pau-a-pique. Narciso chama a atenção para ausência de luz elétrica, numa época em que a sua moradia era iluminada por lamparinas de querosene, as ruas não eram asfaltadas e não havia água encanada. Tanto ele quanto Margarida nasceram na roça, longe da cidade, enquanto Jacinto revela que, apesar de ter nascido em uma área mais urbanizada da cidade, sua família também era muito pobre e passava dificuldades financeiras. As roupas de Narciso eram tão precárias que ele acredita que hoje é possível encontrar no lixo roupas em condições melhores que aquelas que ele usava na infância.

As condições de vida experimentadas pelos colaboradores da Rede B na juventude não eram diferentes dos colaboradores da Rede A. Ainda que Amarílis, Magnólia e Gardênia não se lembrem muito da vida na infância, elas e os outros colaboradores desta rede apresentam relatos que indicam situação de muita pobreza no início da vida. Amarílis recorda que a sua família pegou dinheiro emprestado para fazer a mudança da Paraíba para Niterói. Magnólia (62 anos, Rede B) lembra: “Assim que chegamos de Minas, não havia uma casa pra gente morar. Nós ocupamos um quarto, que o meu cunhado cedeu, e, depois do meu pai limpar o terreno, foi construída a casa em que nós moramos hoje em dia”.

A saída do pai de Gardênia de Santa Catarina foi motivada pelo desemprego que o mesmo enfrentava na sua cidade de origem, Imbituba, tendo vindo para Niterói em busca de trabalho como marítimo, e trazido a família em seguida. Já o pai de Dália era pescador de canoa, e sustentou a sua família de forma simples, morando em uma colônia de pescadores em Itaipu, bairro da região Oceânica de Niterói. Açucena (77 anos, Rede B) relata ter sofrido com a fome: “No nascimento do meu filho, eu passei fome. Com cinco dias de resguardo, eu descii este morro da Cachoeira e fui trabalhar em casa de madame, com meu filho nos braços, e ainda chovendo muito”.

Oliveira e Valla (2001) acreditam que as condições de vida apontam para uma realidade que conforma uma determinada situação social e econômica, pois determinam, ao mesmo tempo, o surgimento e o agravamento de problemas nas várias dimensões da vida dos

grupos populares: saúde, saneamento, educação, transporte etc. Concordamos com os autores ao afirmarem que este é um conceito chave para entender a situação de saúde de uma determinada população. Por este mesmo motivo, torna-se tema importante de abordagem na trajetória de vida dos sujeitos. Trajetórias essas que não encerram apenas a descrição das condições de vida, mas contém também as experiências de enfrentamento dos problemas por aqueles sujeitos.

Compreendendo que as condições de vida estão relacionadas com as desigualdades sociais a que estão submetidos os indivíduos, pensar as necessidades de saúde de uma determinada população implica a abordagem do conceito de equidade, pois nele está embutida a idéia de necessidade. Barata (2001) afirma que, partindo do princípio de que os indivíduos possuem diferentes necessidades, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades.

A impossibilidade de atendimento às necessidades configura a iniquidade, e está diretamente relacionada com a dimensão política de repartição das riquezas na sociedade, incorporando a dimensão da justiça. Desta forma, pensar condições de vida, no sentido de que estas são determinadas socialmente, torna-se fundamental para compreender a posição que os indivíduos ocupam na organização social, e conseqüentemente as suas necessidades de saúde.

Ainda que educação e trabalho se configurem como aspectos das condições de vida dos sujeitos, neste estudo optou-se por destacar estes dois itens em temas diferentes, como forma de apresentar mais detalhadamente os relatos dos colaboradores sobre eles.

Quanto ao tema **Estudo**, foi possível saber que a maior parte dos colaboradores da Rede A possuía muito baixa ou nenhuma escolaridade. Íris não chegou a ser alfabetizada. Jacinto também não freqüentou a escola, mas seu irmão o ensinou em casa a assinar o seu nome, utilizando uma cartilha comprada por sua mãe. Margarida e Narciso chegaram a freqüentar o colégio por um tempo, durante a infância, mas não tiveram a chance de concluir o ensino primário. Ambos relataram condições precárias de escolarização, como a enorme distância que precisavam percorrer para freqüentar as aulas, a falta de materiais de estudo e alimentos para a merenda. “Pra aprender esse pouquinho que eu aprendi, eu andava a pé um pedaço grande, como se fosse do Largo da Batalha até a Praia do Saco, em São Francisco. E não tinha negócio de merenda. Às vezes levava uma mariolazinha no pão, quando tinha!” (Narciso, 78 anos, Rede A).

Apenas Gerânio e Acácia chegaram ao ensino médio, ainda que tenham interrompido os estudos na juventude, e retornado depois de adultos, onde apenas Acácia concluiu o curso.

Os colaboradores da Rede B também estudaram pouco. Tanto Amarílis quanto Azaléa informaram não terem ido à escola, sendo consideradas analfabetas. Dália estudou até terminar o ensino primário, enquanto Açucena sequer o concluiu, tendo abandonado os estudos na terceira série do ensino primário, significando que ambas não alcançaram o término do que atualmente corresponde ao ensino fundamental. Magnólia e Gardênia recordaram ter ingressado no antigo segundo grau de ensino, mas nenhuma das duas concluiu esta etapa da escolarização.

Sobre as dificuldades para estudar, Magnólia (62 anos, Rede B) lembra:

Naquela época, eu estudava. Durante o dia trabalhava como doméstica, e à noite ia para a escola. E dormia no emprego. A gente vinha pra casa não. Tinha que trabalhar final de semana, sábado e domingo, aí na outra semana você podia vir pra casa.

Mesmo enfrentando a dificuldade de estudar longe de casa, por um tempo limitado, sem recurso de transporte que atendesse aos alunos, Dália (79 anos, Rede B) recorda com emoção:

Eu só estudei até terminar o primário, porque na época era assim: se você aprendesse alguma coisa, você tinha que dar vaga para outros que não sabiam nada. Dona Alcina era a nossa professora, e dava aula pra gente onde antigamente tinha um bananal, perto de Itaipuaçu. Nós íamos andando desde Itaipu, usando tamanquinho português. Nós éramos felizes e não sabíamos! Ia aquela garotada toda, caminho a fora, estudar.

Peres (2011) aponta o analfabetismo como um dos exemplos mais graves de exclusão educacional e social, considerando que não saber ler e escrever significa não dispor de importantes recursos de interação social. A falta de acesso à educação formal impossibilita o contato com o conhecimento científico, a literatura, a filosofia, a arte, enfim, com a linguagem escrita como forma de expressão e comunicação.

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, 39,2% do contingente de analfabetos do país era formado por pessoas de 60 anos ou mais (IBGE, 2011). Isso demonstra que há uma grande parcela de idosos brasileiros alijados do acesso à educação, configurando uma tragédia ainda maior se considerarmos a existência do analfabetismo funcional. Para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o analfabeto funcional é o indivíduo com menos de quatro anos de estudo completos, e que, mesmo sendo "alfabetizado", não consegue compreender textos curtos (LEITE; CADEI, 2016).

Esta é a realidade da maioria dos idosos colaboradores da pesquisa. Em suas trajetórias de vida, foi possível identificar situações que justificam a pouca ou nenhuma escolarização: as

dificuldades para frequentar a escola; a ausência de recursos e materiais; e a imperiosa necessidade de contribuir com a subsistência da família por meio do trabalho, afastando aqueles sujeitos da escola.

Há que se refletir também que, ainda que na Constituição Federal de 1934 a educação já surgisse no Brasil como direito declarado, reconhecido como gratuito e obrigatório, foi somente a Constituição Federal de 1988 que trouxe explícito e detalhado o Direito à Educação, indo além de apenas declarar o direito (como foi feito nas anteriores), através da indicação de formas para sua efetivação (KRUG, 2011). É preciso considerar que os colaboradores viveram as suas juventudes bem antes da Constituição de 1988. E também é preciso considerar que, ainda que a educação na atualidade seja considerada como um direito de todos, os idosos continuam não sendo contemplados pelas políticas educacionais.

Segundo Peres (2011), no Brasil, as principais leis da educação, como a Lei de Diretrizes e Bases (Lei 9.394/96), citam, no máximo, a educação de jovens e adultos (EJA) como única alternativa educacional destinada à população "fora da idade escolar". Contudo, essas leis não tratam da diversidade existente entre os indivíduos que compõem a categoria de adultos, ignorando as especificidades da velhice.

No que se refere ao tema **Trabalho**, todos os colaboradores da Rede A relataram ter começado a trabalhar ainda crianças. Acácia começou aos oito anos, trabalhando em sua própria casa, cuidando dos serviços domésticos e dos irmãos, assim como Gerânio, que aos oito anos também começou a ajudar sua tia na entrega das roupas que a mesma lavava para fora. Jacinto começou aos nove anos, trabalhando em casa de família, limpando quintal e banheiros, e aos quatorze anos ingressou no ramo da construção civil, onde adquiriu a profissão de mestre de obras. Tanto Iris quanto Gerânio aprenderam os seus ofícios observando e ajudando seus pais. Íris (81 anos, Rede A) relatou: “O nosso trabalho era lavar muita roupa para fora. A gente tinha dez lavagens de roupa, eu e minha mãe. Tanto que ela morreu e eu fiquei com as dez lavagens de roupa”. Assim como Gerânio (62 anos, Rede A): “Meu pai trabalhava em obra. Ele era construtor, foi lá onde eu aprendi muita coisa”.

Gerânio aprendeu a ser mestre de obras com seu pai, assumindo a mesma profissão por uma questão de necessidade. Depois, começou a fazer o que de fato gosta, que é ser artesão, artista plástico e agente social. Outros colaboradores da Rede A, em suas vidas laborativas, atuaram em ocupações como lavadeira (Iris), motorista de ônibus (Narciso), faxineiras/empregadas domésticas (Margarida, Acácia), que exigiam pouca ou nenhuma escolaridade. Acácia chegou a trabalhar como cuidadora de idosos, tendo realizado um curso para ingressar na profissão. Posteriormente deixou de atuar profissionalmente, e passou a ser a

cuidadora familiar de seu irmão, acamado, sendo esta realidade semelhante à de Margarida, cuidadora familiar de seu esposo, também acamado.

Os relatos dos colaboradores da Rede B também apontam que todos ingressaram na vida de trabalho ainda crianças ou adolescentes. Açucena foi trabalhar em casa de família aos oito anos, assim como Azaléa aos onze anos e Magnólia aos doze anos de idade. Todos os colaboradores desta rede – que se registre, mulheres – atuaram, em algum momento de suas vidas, como empregadas domésticas, trabalhando em “casa de madame” ou “casa de família”.

Dália relatou que, quando ainda morava na colônia de pescadores, começou fazendo redes de pesca artesanais e depois atuou como atendente de Enfermagem naquele espaço, ainda que não recebesse salário, e mais tarde chegou a atuar como faxineira, vendedora e em outras atividades. Açucena trabalhou na manutenção do Hospital da Polícia Militar. Magnólia, depois dos cinquenta anos de idade, ingressou em uma firma, também atuando com manutenção, buscando garantias de direitos trabalhistas que não havia tido enquanto doméstica. No entanto, a natureza do trabalho, considerado pesado, ocasionou o seu adoecimento. Amarílis e Azaléa relataram situações em que, atuando como empregadas domésticas, sofreram maus tratos e violências.

No outro dia eu fui trabalhar na casa de uma moça, que fazia aquele pratão de comida assim, deixava lá em cima do móvel. Tinha feijão, arroz, farinha, ovo, e formiga...[...] Quando foi um dia, eu a peguei ajeitando a comida, depois de eles comerem, e vi que ela estava me dando o resto de comida deles. (Amarílis, 76 anos, Rede B)

Com onze anos, fui trabalhar em casa de família. No começo foi triste, porque na casa havia três garotos que me maltratavam muito. Um de sete anos, outro de nove, e outro de onze anos. Os três me batiam! Um dia eu fui falar com a patroa, mas ela nada fez, dizendo para eu ficar quieta, porque eles eram crianças iguais a mim. Aí eu fiquei quieta. Resolvi não reclamar mais porque papai só vivia doente, e eu precisava daquele dinheirinho para comprar remédio e roupas pra todos nós. Eu sofri! (Azaléa, 73 anos, Rede B)

Buscando realizar uma análise dos resultados da pesquisa, a partir de uma orientação teórica crítica, torna-se flagrante perceber o trabalho como elemento fundamental. Na perspectiva marxiana, o trabalho constitui uma categoria essencial de elaboração de respostas aos carecimentos humanos. Estas respostas são dadas através da ação humana, que continuamente transforma a natureza. É a capacidade do homem de produzir as condições de sua existência material e intelectual que o diferencia dos outros animais. O trabalho então se caracteriza como atividade fundamental do ser social (MARX, 2001).

Iamamoto e Carvalho (2001), buscando compreender as relações sociais que peculiarizam a formação social capitalista, com base na obra marxiana, chamam a atenção para o caráter social da produção capitalista. “Para produzir e reproduzir os meios de vida e de produção, os homens estabelecem determinados vínculos e relações mútuas, dentro e por intermédio dos quais exercem uma ação transformadora da natureza, ou seja, realizam a produção” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2001, p. 29).

Todo o processo da vida em sociedade pressupõe a relação capital x trabalho, na qual o capital é a parte determinante. Capital e trabalho assalariado são uma unidade de diversos, onde um se expressa, recria e nega o outro, sendo o trabalho subordinado ao capital. Para além de ser empregado no atendimento às necessidades humanas, o trabalho é utilizado na criação de riqueza excedente, a ser apropriada e acumulada por uma pequena parcela de detentores dos meios de produção. Já o trabalhador, numa situação de exploração, se vê obrigado a vender, para sobreviver, a única mercadoria que possui: sua força de trabalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 2001).

O trabalhador passa a sua vida trabalhando, produzindo riqueza que não é apropriada por ele, a quem resta apenas, no decorrer do tempo, o desgaste de seu corpo. Sobre seus ombros pesam os anos passados sob o jugo do capital. A vida inteira do trabalhador é composta por uma trama de exploração que rege a produção e a reprodução de mercadorias e de si próprio, e que “não o libertará da condenação ao trabalho na velhice, a menos que a doença ou a morte, significando o esgotamento total da sua capacidade funcional ao sistema do capital, o incapacite para tal esforço” (PAIVA, 2014, p. 114).

O velho proletariado vivencia uma tragédia, que não se deve à sua própria “má sorte”, como é freqüentemente sugerido pelo pensamento burguês. Trata-se do resultado do seu processo de vida e de trabalho, onde a exploração dos corpos é estrutural e contínua. As lembranças de Magnólia se referem a esta exploração:

Eu trabalhei como doméstica até os meus 50 anos. Porque depois dos 50, a minha colega arrumou um emprego pra mim numa firma, pra ter os direitos que eu não tinha quando era doméstica. Agora que a lei mudou. Naquela época ela arranhou esse emprego pra mim numa confecção de roupas finas, ali no Badu, onde eu trabalhei por quatro anos. Mas lá o serviço era muito braçal. Além de servir o café, eu limpava o interior da firma, esquentava a comida de todos os empregados, limpava o jardim, limpava a piscina e fazia serviço de rua. Às vezes, também me pediam pra ficar até meia-noite lavando a roupa que era produzida lá. Mas isso me prejudicou! Eu fiquei com sérios problemas porque eu não estava acostumada com serviço muito

braçal. Fazia muito esforço no trabalho, que me afetou a coluna. (Magnólia, 62 anos, Rede B)

Nesta etapa do ciclo de vida – vida esta submetida desde sempre a condições de profunda exploração –, os sujeitos impossibilitados de trabalhar são descartados do mundo produtivo. O mecanismo de exploração que garante a extração da mais-valia também expropria o trabalhador do seu tempo de vida (PAIVA, 2014). As palavras de Narciso chamam a atenção para o descarte do trabalhador, antes mesmo de perder a capacidade produtiva:

Hoje, com mais de quarenta e cinco anos, uma pessoa já não está mais apta para trabalhar como motorista de ônibus. As empresas não contratam. Você trabalha até mais idade só se você estiver dentro da empresa, mas se você tiver quarenta e cinco anos fora você não entra. (Narciso, 78 anos, Rede A)

Da mesma forma, o trabalhador também não será liberto, enquanto classe, da condição de se reproduzir nos limites da força a ser sugada pelo capital. Enquanto não sofrer a total perda de seu valor de uso e a sua funcionalidade ao sistema, o trabalhador, mesmo em sua velhice, seguirá sendo explorado (PAIVA, 2014). Os relatos de Amarílis e de Azaléa bem ilustram esta realidade:

Eu sofri muito mesmo [...] Tem uma casa em que eu comecei a trabalhar com 33 anos. Nesta sexta-feira mesmo eu vou passar roupas, agora só trabalho dois dias por semana lá. Sou passadeira. Nunca disse a ela que eu estava pagando INPS. Um dia ela me chamou e queria me mandar embora. Eu disse a ela que não ia não, e que se ela comeu a carne, que também roesse os ossos! (Amarílis, 76 anos, Rede B)

Todo dia, à noite, eu vou lá no prédio, e varro a escada. Também recolho o lixo, e lavo a escada a cada três meses. Pra isso, eu ganho um salário. São três andares só. E tem mais a sobreloja. Se não fosse o biscate, eu estava ferrada! Eu não acho o serviço pesado não. Eu gosto! E estou dando conta bem. O único problema é ter que subir a escada, porque lá não tem elevador. Isso é ruim. (Azaléa, 73 anos, Rede B)

No trecho da narrativa de Azaléa, acima exposto, é possível perceber a sua satisfação em continuar trabalhando, mesmo após ter se aposentado. A questão tem relação com a situação financeira, já que o recurso proveniente do trabalho informal exercido por ela é utilizado para ajudar os familiares, e atender emergências, mas também se trata de uma satisfação pessoal de continuar exercendo uma atividade por meio da qual o sujeito se sente útil.

Sarti (1996) aponta a moral do trabalho como grande força estruturadora da identidade do trabalhador. Nota que são os atributos morais, como honestidade e disposição para o

trabalho, que possibilitam os trabalhadores a alcançarem o sucesso na vida, o que não significa necessariamente ascender socialmente, mas se afirmar seguindo o valor positivo do trabalho. A autora analisa que, a respeito do valor moral positivo do trabalho para as camadas populares, mesmo que os sujeitos se percebam pobres no mundo social, estes não se consideram pobres de espírito, por conta dos valores morais que carregam, e os ajudam a se manterem firmes diante das crises, sendo o trabalho aquela fonte de força e disposição para superar os problemas. Podemos observar exemplos de narrativas que podem ser compreendidas à luz deste entendimento:

Assim que chegamos, eu fui trabalhar em casa de madame, onde eu trabalho até hoje. Eu tenho 76 anos, e tem uma casa em que eu trabalho como passadeira desde os 33 anos de idade. Sou uma pessoa honesta, nunca quis nada de ninguém. Só quis o que é meu! (Amarílis, 76 anos, Rede B)

A minha vida foi sempre assim, trabalhando, sempre trabalhando muito. Eu trabalhei na construção civil, desde os meus 14 anos. A única vontade que eu tenho até hoje é trabalhar, mas eu não posso mais. [...] Trabalhava muito na minha vida, e tinha saúde. E é por isso que eu tenho essa vontade de trabalhar até hoje, porque eu me habituei no trabalho. Acostumei a trabalhar e tenho vontade de trabalhar. (Jacinto, 93 anos, Rede A)

Sobre o tema **Família**, os relatos dos colaboradores da Rede A apontaram que a maior parte deles nasceu em família numerosa. Iris, Narciso, Gerânio e Jacinto tiveram cinco irmãos, cada. Acácia teve três irmãos. Jacinto não chegou a conhecer o pai, que sequer o registrou. Gerânio também não conviveu com sua mãe, falecida quando ele estava com apenas um ano e sete meses, tendo sido criado por uma tia.

O pai de Iris era operário, enquanto os pais de Acácia, Jacinto, Gerânio e Narciso eram pedreiros, e o de Margarida era agricultor. A mãe de Jacinto era empregada doméstica, enquanto as mães de Iris, Acácia, Narciso e a tia de Gerânio eram lavadeiras de roupas.

Gerânio, Margarida e Acácia relataram que seus pais eram alcoolistas, tendo presenciado situações de violência doméstica nas suas famílias de origem. Inclusive, este foi o motivo pelo qual Margarida afirma que procurou casar cedo, aos quinze anos de idade, para fugir daquela situação. No entanto, ela encontrou no próprio casamento também uma realidade de violência, tendo sofrido inúmeras agressões realizadas pelo marido. Assim também relatou Iris, lamentando que seu esposo nunca a valorizou. A violência, neste caso urbana, também marcou a vida de Narciso, que teve um filho de dezenove anos assassinado,

devido a uma briga de rua. Na ocasião da pesquisa, apenas um colaborador da Rede A estava viúvo, enquanto os demais eram casados.

Assim como na Rede A, as famílias de origem dos colaboradores da Rede B também eram numerosas. Dália tinha quinze irmãos, enquanto Magnólia teve oito, Amarílis e Azaléa tiveram três irmãos cada. Os pais tinham as seguintes ocupações: pedreiro (Azaléa); pescador (Dália) e boiadeiro (Magnólia). Já as ocupações relatadas das mães eram: lavadeira (Magnólia) e donas de casa (Açucena, Dália).

Todas as colaboradoras da Rede B casaram-se, e tiveram filhos. Amarílis teve oito filhos, Dália teve quatro, Magnólia e Azaléa tiveram três filhos cada, enquanto Gardênia e Açucena tiveram apenas um filho. As situações de violência doméstica no casamento estiveram presentes também nos relatos de Amarílis e Açucena. Na ocasião da pesquisa, a maior parte das colaboradoras desta rede informou ser viúva (Amarílis, Gardênia, Dália e Açucena), enquanto uma era separada (Magnólia) e uma era casada (Azaléa).

Família, de acordo com o entendimento de Souza, Beleza e Andrade (2012), de um modo geral, é uma instituição básica e fundamental para a formação da cidadania, tendo como papel principal educar, cuidar, amparar e dar afeto às crianças e adolescentes pertencentes à ela. Acrescenta-se no rol de membros a serem cuidados/protegidos/assistidos os idosos, que, de acordo com o Estatuto do Idoso, são sujeitos de direitos a serem assegurados pela sua família, pela comunidade, pela sociedade e pelo Poder Público.

As transformações sociais, construídas na segunda metade do século XX e reconstruídas nesse início do século XXI, redefiniram também os laços familiares. No Código Civil brasileiro, de 1916,

[...] o modelo de família patriarcal ainda era predominante, sendo reconhecidas apenas aquelas constituídas legalmente pelo casamento civil, estruturadas em um modelo hierárquico, em que o homem era considerado como chefe da sociedade conjugal e representante legal da família, e a mulher era vista como relativamente incapaz, recebendo de seu cônjuge toda a assistência para o exercício dos atos da vida civil, por isso, a figura masculina mantinha uma posição privilegiada na sociedade conjugal. (SOUZA; BELEZA; ANDRADE, 2012, p. 107)

Desta forma, não é estranho observar que as famílias de origem dos idosos entrevistados eram compostas, de forma prevalente, de arranjos familiares tradicionais, com a presença de pai, mãe e filhos. Outra observação é a respeito do número de filhos, maior nas famílias de origem do que nas famílias formadas pela maior parte dos idosos entrevistados. Considerando que, desde muito cedo, todos os membros da família eram inseridos no mundo

do trabalho, a quantidade maior de filhos propiciava uma contribuição maior desta parcela para o sustento da família, o que se verifica nos relatos dos colaboradores.

Com a crescente industrialização e urbanização, a sociedade passou por profundas transformações, e que acarretaram mudanças nas formas de ser família. Um importante marco foi a Lei nº 6.515, conhecida como a Lei do Divórcio, de 1977, em que o casamento passou a ser juridicamente dissolúvel, possibilitando que as pessoas reconstruíssem suas vidas quando não existiam mais motivos para dividirem o mesmo teto.

Villa (2012) afirma que há revoluções, ainda em curso, que afetam profundamente, as estruturas familiares, e conseqüentemente, a sociedade: a revolução contraceptiva (sexualidade é dissociada da reprodução); a revolução sexual (principalmente para a mulheres que passam a distinguir sexualidade de casamento); e a revolução no papel social da mulher e nas relações de gênero tradicionais, onde a figura do “homem provedor” contrapõe-se ao consolidado papel da “mulher cuidadora”.

Tendo em vista estas revoluções, ocorridas ao longo dos anos, novos formatos de arranjos familiares passam a ser mais comumente observados no conjunto da sociedade. Além da família nuclear (pai, mãe e filhos), há famílias extensas (incluindo três ou quatro gerações), adotivas, monoparentais (presença de apenas um dos genitores), reconstituídas (nova formação após separação conjugal), casais sem filhos, casais homossexuais (com ou sem crianças), famílias unipessoais (pessoa sozinha), pessoas vivendo juntas sem laços consangüíneos, mas com forte comprometimento mútuo, e inúmeros outros arranjos possíveis (SOUZA; BELEZA; ANDRADE, 2012).

N. H. D. Oliveira (2009) chama a atenção para o fato de, apesar de todas as transformações no ambiente familiar, a “nova família” conserva traços típicos da família tradicional, como o controle da sexualidade feminina e a preservação das relações de classe. Ainda que existam diversificados e inovadores arranjos familiares, permanece predominante a organização nuclear baseada no casamento monogâmico entre o homem e a mulher. O modelo tradicional continua operando internalizado, influenciando comportamentos e compreensões acerca da família. É possível observar esta valorização da formação tradicional da família nos relatos de Dália, quando, com muito orgulho, ela fala a respeito dela e dos filhos:

O negócio é o respeito! Eu sempre digo aos meus filhos que eu nunca coloquei homem dentro da minha casa, depois que me separei do pai deles, porque sempre os respeitei. Eu tive muitas paqueras, mas nunca quis trazer para casa, pra ninguém levar o dedo no rosto dos meus filhos. Eu falava isso pra eles nunca mexerem com

filha de ninguém também. Eles namoraram direitinho, ficaram noivos, e casaram. Todo o modo como eu casei, eles casaram. Casei todos três. Todo mundo casou. (Dália, 79 anos, Rede B)

Sobre o consolidado papel de cuidadora familiar, atribuído à mulher, é possível verificá-lo em alguns relatos. Margarida pretendia se divorciar de seu esposo, mas diante da doença que o acometeu, a sua função de esposa cuidadora ‘falou mais alto’, e ela desistiu do divórcio para cuidar do esposo doente.

Em 2006, a gente teve uma briga muito feia. Ele dormia fora de casa, e eu tomei a decisão de pedir o divórcio. Eu ia deixar ele ficar aqui, na mesma casa, mas separado de corpos. Mas ele teve o AVC, ficou doente, antes de assinar os papéis. Eu não consegui me divorciar dele. Como eu poderia me divorciar de uma pessoa doente? Seria muito egoísmo meu, muita maldade. Então eu não fiz isso e falei para o meu advogado suspender tudo. Como eu chorei... (Margarida, 61 anos, Rede A)

Já Narciso experimentou o ‘outro lado da moeda’, quando afirma ter ele sido cuidado por sua esposa:

Graças a Deus, eu casei com uma mulher que eu não acredito que tenha melhor. (...) Ela é uma criatura diferente. Ela é tão boa que eu cometi esses erros todos, e ela ainda cuidava de mim. Só que eu nunca maltratei, nunca encostei um dedo nela. Quando ela me corrigia, estava sempre certa e eu sempre errado. Eu chegava em casa, e se estivesse muito mal, ela me dava até comida na boca, lavava meus pés... Nós estamos juntos há 48 anos! (Narciso, 78 anos, Rede A)

Guedes e Daros (2009) registram que, no senso moral da sociedade burguesa, as atividades relacionadas ao ato de cuidar tendem a ser atribuídas às mulheres e naturalizadas de forma a aparecerem como exclusivas e constitutivas da condição feminina. Com base neste senso moral, valores como altruísmo e atribuições como o cuidado tornam-se presentes no cotidiano das mulheres.

São as mulheres que assumem a responsabilidade pelo cuidado de seus familiares, desde aqueles que se encontram em desenvolvimento (crianças e adolescentes) até aqueles que enfrentam avançados processos de envelhecimento ou adoecimento, e necessitam de cuidados mais intensivos. Guedes e Daros (2009) referem-se a um processo de alienação, vivenciado pelas mulheres em suas complexas redes de mediação, que coíbe a possibilidade de realização de projetos livres. Cuidar de familiares, dos companheiros, para cumprir normas historicamente criadas e interpretadas como inerentes à natureza feminina, torna-se a realidade de vida de muitas mulheres. Margarida (61 anos, Rede A) recorda o passado de

dedicação aos filhos: “Nesse tempo todo, eu não trabalhava fora, ficava só em casa mesmo. Eu não podia sair porque não tinha ninguém pra ficar com meus filhos”. E a dedicação atual ao esposo idoso:

Desde 2008, eu não tenho me preocupado muito comigo. Eu me preocupo mais com meu marido, porque ele teve um AVC. [...] Mas desde que ele ficou doente, em 2008, eu parei de me cuidar. Fez 10 anos agora. Ao invés de eu me cuidar, eu estou cuidando dele, porque eu estou forte ainda, apesar do que aconteceu comigo. (Margarida, 61 anos, Rede A)

Com Acácia (61 anos, Rede A) não foi diferente: “Eu tive dois filhos, e não tinha com quem deixá-los para eu trabalhar. Então a gente foi se virando do jeito que dava. Eu ficava em casa, levava meus filhos para a escola, até a adolescência eu tratei deles”. E analisa sua trajetória de cuidado:

A minha vida é marcada pelo cuidado. Primeiro eu cuidei dos meus irmãos, da casa, depois de meus filhos, e ainda teve outros cuidados também... Eu tinha uma madrinha, e ela não tinha filhos. Então, quando ela ficou doente e de idade, eu ia todos os dias lá na casa dela, e fazia o que fosse preciso. Durante bastante tempo, eu ajudava com as tarefas domésticas, levava a médico, acompanhava sempre na emergência, tratava do pagamento, essas coisas assim. Eu cuidei tanto dela quanto da irmã dela, mais idosa ainda. Hoje, eu cuido do meu irmão. (Acácia, 61 anos, Rede A)

Identificando-se com o ato de cuidar, a mulher, muitas vezes, se distancia da possibilidade de outras escolhas, ou se distancia dos próprios projetos (GUEDES; DAROS, 2009). Cuidar do outro se torna o seu cotidiano, como bem retratado na narrativa de Acácia, que afirma gostar muito de estudar, tendo inclusive prestado o vestibular uma vez “pra sentir o gostinho” (sic.), mas claramente foi impelida a se dedicar às demandas de cuidado que lhe foram apresentadas, em detrimento de seu desejo de continuar estudando.

Outra realidade presente nas famílias de alguns colaboradores da pesquisa se refere à violência. Metade dos colaboradores, todas mulheres, relataram ter sofrido, em algum(ns) momento(s) de seu ciclo de vida, situações de violência, sobretudo doméstica.

Leite (2014) aponta que a violência representa um problema histórico, social e de saúde, de grande magnitude e transcendência mundial, e que possui raízes macroestruturais. Na sociedade, a violência é diluída, e se apresenta de diversas formas e com diversas faces. Suas manifestações estão interligadas, e por interação, se fortalecem no cotidiano das relações interpessoais, que muitas vezes estão marcadas pela desigualdade.

A violência contra as mulheres é uma das manifestações mais extremas e perversas da desigualdade de gênero. Minayo (2006) compreende que gênero diz respeito a relações de poder e à distinção entre características culturais atribuída a cada um dos sexos e as suas peculiaridades biológicas. Desta forma, as características de gênero se fundamentam na hierarquia e na desigualdade de lugares sexuados, enquanto a

[...] violência de gênero distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construída nas relações entre homens e mulheres, reproduzida na cotidianidade e subjetivamente assumida, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias. (MINAYO, 2006, p. 94)

Sendo assim, a violência de gênero diz respeito a mulheres e constitui uma questão de saúde pública, além de configurar uma violação explícita dos direitos humanos. Íris, Margarida, Amarílis, Açucena, Acácia e Azaléa vivenciaram, em suas trajetórias de vida, situações de violência que as marcaram profundamente. Seja de ordem de psicológica, física ou de outros tipos, estas experiências muitas vezes ocorreram no ambiente doméstico, promovidas por parceiros íntimos. Íris (81 anos, Rede A) viu surgirem problemas de saúde devido às agressões realizadas pelo marido. Margarida (61 anos, Rede A) recorda: “Assim que ele [o marido] teve o AVC, ele ainda andava um pouco. Uma vez eu o peguei fugindo. Outra vez, mesmo andando pouquinho, ele chegou a pegar uma faca pra me acertar”. E Amarílis chora:

Depois que eu casei, eu sofri muito, apanhei muito. [...] Eu dizia a ele pra não me bater, que aquilo não era certo. Ele disse que não ia bater. Mas todo dia que chegava em casa bêbado, fechava a porta, deixava a gente do lado de fora, pra eu dormir, junto com aquelas crianças miúdas, do lado de fora. [...] De outra vez, ele foi tentar me matar. Pegou uma barra de ferro, e eu orava, perguntava onde Deus estava, porque eu não o matei, e agora ele ia me matar. (Amarílis, 76 anos, Rede B)

Bernardino (2016) registra que a violência por parceiros íntimos é uma das prevalentes na sociedade brasileira, com cerca de 55% dos casos, acarretando impactos significativos no processo saúde-doença e na perspectiva de vida das mulheres. O autor ainda assinala que vários fatores de risco têm sido identificados como associados à ocorrência da violência contra a mulher, incluindo características sociodemográficas e socioeconômicas, uso de substâncias e histórico de ter presenciado violência familiar na infância ou adolescência.

Este foi o caso de algumas colaboradoras da pesquisa, que desde criança vivenciaram situações de violência contra elas próprias ou presenciaram situações de violência intrafamiliar. A saída para Margarida foi o casamento:

Quando fiz 13 anos, já comecei namorar. Eu pedia a Deus uma saída, porque eu não agüentava mais aquela vida. Meu pai bebia muito, espancava minha mãe. A gente via aquilo, não podia fazer nada. Eu me casei com 15 anos, mas continuei a trabalhar e ajudar a minha mãe. Foi preciso a assinatura do juiz, pra autorizar o casamento, porque eu era muito nova. Eu queria de qualquer jeito. Nem conhecia o meu marido direito. Eu queria me casar pra poder sair de casa. Não existia aquele amor... (Margarida, 61 anos, Rede A)

No entanto, dentro deste mesmo casamento, Margarida também sofreu, ela própria, agressões por parte de seu esposo, inclusive quando ele adoeceu e ela passou a prestar cuidados mais intensivos a ele. Já Amarílis não queria casar, mas foi obrigada pela sua mãe. No casamento, também se tornou vítima de agressões por parte do esposo, 16 anos mais velho que ela:

O meu marido era primo do meu cunhado, e eu casei obrigada pela minha mãe. Foi ele que deu o dinheiro para nós irmos da Paraíba, e por isso minha mãe ficou com uma dívida com ele, que ela não tinha condição de pagar. Quando eu cheguei aqui, já estava tudo arrumado. Eu disse que não queria, mas minha mãe disse que eu casava com ele ou não casava com mais ninguém. Eu dizia à minha mãe que não ia me casar, e que ia me enforçar. Mas eu tive que casar. (Amarílis, 76 anos, Rede B)

Açucena e Acácia vivenciaram situações de violência desde a infância, quando presenciaram e/ou sofreram elas próprias com o comportamento violento do respectivo pai. Açucena (77 anos, Rede B) bem recorda de um episódio: “Mas teve um dia em que eu vim, com dez ou onze anos de idade, e ele [o pai] descobriu que eu estava cantando na rádio já tinha mais de um ano. Ele me bateu muito...”. Da mesma forma, Acácia (61 anos, Rede A) lembra do que viveu: “O meu pai era pedreiro. Mas ele não participava muito da nossa vida não. Ele vivia com a gente, mas era um pai ausente, uma pessoa que bebia muito e maltratava a família. E assim nós fomos crescendo”. Azaléa também foi vítima de agressões físicas durante a infância, mas por parte de terceiros. Tratava-se dos filhos dos patrões.

As conseqüências da exposição à violência produzem impactos físicos, psicológicos, econômicos e sociais. Leite (2014) afirma que os efeitos da violência doméstica podem ter importantes repercussões na vida da mulher e da sociedade, demonstrando a abrangência e magnitude do problema. A violência baseada no gênero tem-se constituído em um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres.

A desigualdade de gênero é resultado da diferença de poder que se traduz em relações de dominação e força, como bem ilustra a reflexão de Gerânio, em sua narrativa:

Muitos homens se acham no direito de dominar as mulheres. A cultura masculina é de dominação das mulheres. Isso é uma coisa ruim! Agora a gente tem que perder essa cultura, porque não é mais assim. A mulher agora não é mais um objeto. A mulher é uma pessoa igual. Ou melhor! Porque a mulher é mais inteligente que o homem. O homem não foi feito pra fazer pequenos detalhes não. Já a mulher acorda, prepara o café, faz uma comida, enquanto o homem está ali sentado, sem conseguir nem atinar... A mulher faz um monte de coisas, e ainda consegue projetar o que vai fazer à noite! (Gerânio, 62 anos, Rede A)

Quanto às **Condições de vida atuais**, os relatos apontaram que todos os colaboradores acreditam estar vivendo em melhores condições do que viviam no passado. As moradias foram melhoradas, inclusive algumas foram construídas pelos próprios colaboradores, como relataram Iris e Jacinto. Este último, em sua narrativa, admira a sua conquista:

Só de lembrar da situação que eu vivi, e na qual minha mãe morreu, eu hoje dou graças a Deus por ter o meu lar melhorado. De vez em quando eu sento na minha cadeira, e fico pensando na beleza que eu tenho nessa casa. Naquele tempo de minha mãe, a casa era de pau-a-pique. (Jacinto, 93 anos, Rede A)

Narciso e Dália compararam as suas condições de vida atuais com o passado, em relação aos recursos que estão disponíveis hoje:

Tempo bom pra mim é agora! [...] Então hoje, é tudo muito melhor. E eu posso provar! Em qualquer galão de lixo hoje você acha uma calça muito melhor do que as que eu usava lá trás. Também acha tênis velho. Se você for num brechó, você compra camisa boa por cinco reais. [...] Hoje, eu tenho geladeira duplex, tenho televisão a cores, tenho o meu salariozinho que não me falta, abençoado por Deus! (Narciso, 78 anos, Rede A)

Antes, quando eu era mais nova, as coisas eram mais difíceis. Agora você abre a torneira na sua casa, e tem água encanada. Mal ou bem, você tem seu telefone, e pode ligar, pedir um remédio na farmácia, pedir socorro a uma amiga, pedir um botijão de gás. Muita coisa mudou para melhor. (Dália, 79 anos, Rede B)

Por não ter encontrado as mesmas condições para estudar, quando criança, Narciso (78 anos, Rede A) aponta melhorias na situação dos estudantes nos tempos atuais: “Hoje, eu não aceito que as pessoas em Niterói digam que não sabem ler e escrever! Porque aqui tem escola pra todo lado! Aqui tem comida, aqui tem ônibus de graça! Quando eu era criança, eu não tive isso!”.

Narciso, Jacinto e Iris informaram ser beneficiários do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), enquanto Gerânio ainda trabalha. Já Margarida e Acácia, enquanto cuidadoras de seus familiares, não possuem renda própria, e dependem da renda obtida por

outros familiares para a sua subsistência. Os filhos de Iris, Margarida e Jacinto fornecem importante suporte para aqueles idosos, assim como a família de Gerânio também o auxilia nos cuidados com o pai, seu dependente. Íris e Jacinto expõem as suas realidades financeiras:

[...] são muitos gastos, com remédio, com fraldas, e a equipe ajuda a gente com remédios, quando têm lá na policlínica. Eu até já fui à antiga Legião da Boa Vontade, que agora é CRAS, pra ver se conseguia ajuda, cesta básica. Mas a mulher disse que não podia porque eram só três pessoas dentro da casa, que a gente não precisava. Agora preciso ir lá para tentar conseguir a tarifa social na minha conta de luz, porque a minha conta está vindo R\$ 500,00. Já fui lá várias vezes e nada. Agora vou voltar outra vez. (Íris, 81 anos, Rede A)

Pelo que eu analiso, quando a pessoa tem condições financeiras, ela tem melhor cuidado, ela paga uma pessoa pra cuidar dela. Infelizmente eu não tenho essas condições, mas ainda tenho a minha família, que me acompanha e cuida de mim. (Jacinto, 93 anos, Rede A)

Na Rede B os relatos também apontaram melhores condições de vida na atualidade, em comparação com o passado. Amarílis, Dália, Magnólia, Gardênia e Azaléa residem em moradias próprias. A maior parte das colaboradoras recebe apoio dos filhos, e apenas duas (Magnólia e Azaléa) relataram ser elas a prestar apoio, inclusive financeiro, aos seus familiares. Metade delas valoriza o presente em detrimento do passado, enquanto a outra metade afirma que a vida no presente também é difícil, apontando dificuldades financeiras e agravos de saúde. Açucena relatou viver conflitos familiares, sentindo-se solitária. Tanto ela quanto Amarílis e Dália, residem sozinhas. Magnólia e Gardênia residem, cada qual, com um filho. E Azaléa mora com seu esposo. Todas são beneficiárias do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), sendo Magnólia, Gardênia, Azaléa e Açucena aposentadas, enquanto Dália e Amarílis recebem o benefício de prestação continuada. Esta última colaboradora relata:

Quando eu fui pedir minha aposentadoria no INPS, disseram que faltavam alguns anos. Mas eu não tinha condições de pagar! O funcionário falou pra eu continuar pagando até fazer 65 anos. Quando chegou o tempo, eu fui lá ao INPS, e ele me aposentou pelo governo. É o LOAS. Aquele dinheirão todinho que eu paguei, eu perdi. Não consegui me aposentar de fato. Eu recebo um benefício. (Amarílis, 76 anos, Rede B)

Açucena, que reside sozinha, incomoda-se com a solidão, mas a solução que vislumbrou para minimizar esta situação não foi possível por falta de condições financeiras: “Eu tenho uma irmã, que está doente. Eu até já quis ir morar com ela, levantar uma casa pra

nós duas morarmos juntas. Mas eu não tenho condições. O dinheiro não dá...” (Açucena, 77 anos, Rede B).

Paim et. al. (2011) apontam que o Brasil passou por grandes transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais nos últimos 40 anos, e que as condições de vida também sofreram mudanças substanciais.

Em 1970, apenas 33% dos domicílios tinham água encanada, 17% possuíam saneamento básico e menos da metade tinha eletricidade. Em 2007, 93% dos domicílios dispunham de água encanada, 60% tinham acesso a serviço de esgoto e a maioria, à eletricidade. A posse de bens de consumo também aumentou; em 2008, mais de 90% dos domicílios possuíam um refrigerador e um aparelho de televisão, 75% tinham telefones celulares, 32% tinham um computador pessoal e 80% dos brasileiros com 15 anos de idade ou mais tinham acesso à internet banda larga. Tais mudanças nas condições de vida afetaram a saúde e o comportamento de saúde dos brasileiros” (PAIM et. al., 2011, p. 12)

Buss (2000, p. 164) afirma que “as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos países, no último século, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e na medicina”. No entanto, ainda que tenha ocorrido a referida e incontestável melhoria, tanto na realidade mundial quanto no recorte da América Latina, há a permanência de profundas desigualdades nas condições de vida e saúde entre os países, assim como internamente, entre regiões e grupos sociais.

Particularmente, em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde da população (BUSS, 2000).

O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo. No início de 2017, os seis maiores bilionários do país juntos possuíam riqueza equivalente à da metade mais pobre da população. Ao mesmo tempo, eram mais de 16 milhões de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza. Entre os países para os quais existem dados disponíveis, o Brasil é o que mais concentra renda no 1% mais rico. Num ranking de mais de 140 países, o Brasil é o 10º país mais desigual do mundo (OXFAM, 2017). O processo de envelhecimento, em países tão desiguais como o Brasil, pode reforçar desigualdades em termos das condições de vida e do bem-estar entre diferentes estratos da população, contribuindo para aumentar a chance de exclusão de idosos.

E estas desigualdades vão se expressando também nos níveis locais. Niterói, onde foi realizada a pesquisa, é um município marcado pela desigualdade econômica, onde quase 45%

da população da cidade (acima de 10 anos e que possui algum rendimento) recebe até dois salários mínimos enquanto aproximadamente 12% possui renda superior a dez salários mínimos. De acordo com Censo de 2010, a renda per capita em Niterói era de R\$ 2.000,29, configurando a segunda cidade mais rica do país. Niterói também ocupa a sétima posição no ranking nacional do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, o IDHM (PNUD; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2013).

Ainda que Niterói se destaque nos indicadores de riqueza, é a distribuição desta que impacta a realidade de sua população. Barcellos et. al. (2002) apontam para a heterogeneidade da cidade, resultado da ação permanente da sociedade sobre a natureza, produzindo o lugar dos ricos, dos pobres e da indústria, e estabelecendo fluxos de circulação de bens e serviços. Nesse espaço produzido socialmente, também ocorrem pressões econômicas e políticas sobre essa sociedade, criando condições diferenciadas para a utilização da cidade por grupos sociais. Há um acúmulo das transformações ocorridas, num processo permanente de renovação, refletindo mais seu passado do que propriamente o presente.

Os idosos colaboradores desta pesquisa são testemunhas destas transformações, e também são marcados por elas. Ainda que os colaboradores tenham experimentado piores condições de vida no passado, a situação atual denota vulnerabilidade social por conta da situação de pobreza que vivenciam. Mais de 80% dos colaboradores possuem renda mensal até um salário mínimo. Azaléa e Amarílis continuam trabalhando, com 73 e 76 anos de idade, respectivamente, para complementar a sua renda. A cidade enriquece, mas esta riqueza não é distribuída para toda a população.

Sobre o **Envelhecimento**, os colaboradores da Rede A apresentaram diferentes percepções. As mulheres relataram que o envelhecimento trouxe algumas mudanças em seus corpos como o cansaço, lentidão e dores. Íris relaciona envelhecimento com perda da saúde, que atribui às agressões que sofreu, praticadas pelo marido:

Sobre envelhecer, percebo a minha situação sempre muito difícil. [...] Com o tempo, o que mudou muito foram os problemas que meu marido arrumou, amante na rua, essas coisas. Ele me batia muito, quando eu tinha uns 39, 40 anos. De lá pra cá é aquilo, né? Perdi a saúde. (Íris, 81 anos, Rede A)

Acácia, apesar das dores e da lentidão percebida, acredita estar lidando bem com o envelhecimento:

Eu percebo que há mudanças acontecendo no meu corpo. O mais marcante dessa mudança é o fato da gente ficar mais lenta, sentir dores que antes não sentia. São dores no corpo todo, nas articulações, e que acabam acarretando outros problemas

de saúde. Mas eu não me importo muito não. Acredito que eu estou conseguindo lidar bem com isso tudo. (Acácia, 61 anos, Rede A)

Para Margarida, a sua experiência é marcada pelo cansaço, o que a faz se sentir ainda mais velha:

Hoje, com a idade, eu já percebo este cansaço. Eu sempre fui muito ativa, dava conta de todo o serviço de casa e ainda caminhava, e não sentia cansaço, até os quarenta e poucos. Depois dos cinquenta, com estes problemas de saúde do meu marido, as coisas foram mudando. Parece que eu estou com uns setenta anos já. Eu me sinto muito cansada, mais idosa... (Margarida, 61 anos, Rede A)

Já entre os homens, os relatos são mais positivos. Narciso afirma estar vivendo bem, considerando o que já viveu no passado e que vivem outras pessoas.

Sobre o envelhecimento, pra dizer a verdade, eu estou vivendo muito bem! Eu vejo assim porque eu tenho setenta e oito anos de idade, não tomo remédio de pressão, e não tomo praticamente remédio nenhum. [...] Com essa idade que eu tenho, tudo o que vem pra mim eu aceito! Eu penso que, quando a gente vai reclamar de alguma coisa, a gente tem que olhar pra trás, avaliar o sofrimento dos outros ou nosso mesmo do passado, pra avaliar aquilo que a gente está passando. (Narciso, 78 anos, Rede A)

Jacinto afirma a individualidade de cada um em seu processo de envelhecimento, admoestando sobre o que seria necessário para viver bem esta etapa da vida:

Se eu pudesse falar sobre o envelhecimento, eu diria a essa pessoa, como já digo aos mais novos que eu, que é preciso ter paciência, e pedir a Deus que ilumine para que se compreenda o que é a vida. Porque eu não tenho estudo, não tenho nada, mas tenho esse pensamento de que cada um tem a sua própria história. O que acontece com um, não acontece com outro. Cada pessoa tem um modo de reagir. Então, se cada pessoa tem um modo de reagir, cada pessoa tem um modo de envelhecer também. (Jacinto, 93 anos, Rede A)

O conselho dado por Jacinto, do alto dos seus 93 anos, nos faz recordar o que afirma Bosi (1994, p. 91):

O narrador é um mestre do ofício que conhece seu mister: ele tem o dom do conselho. A ele foi dado abranger uma vida inteira. Seu talento de narrar lhe vem da experiência; sua lição, ele extraiu da própria dor; sua dignidade é a de contá-la até o fim, sem medo. Uma atmosfera sagrada circunda o narrador.

Já Gerânio expõe que vive um conflito interno, pois apesar de ser considerado idoso, ele não se sente assim. Em contraponto à postura de aceitação de Narciso acerca da vida em sua idade, Gerânio (62 anos, Rede A) se nega a ter a mesma atitude:

Agora eu tenho 62 anos. Pelo Estatuto, eu sou idoso. Mas a minha cabeça não é idosa! Isso é um conflito pra mim. [...] Estou vivendo um conflito porque a minha cabeça ainda não quer aceitar o envelhecimento. Eu não quero me colocar como idoso porque eu vejo os idosos muito comidos. Eles aceitam as coisas que a vida coloca. Eu não quero ficar igual a eles. Eles dizem que não podem fazer as coisas por causa da idade, mas eu penso que a ciência avançou e mudou muita coisa. Antigamente, o cara com sessenta anos já era bem idoso mesmo! Mas a ciência prolongou a nossa duração. Hoje em dia nós temos mais longevidade.

As idosas da Rede B também possuem visões diferentes acerca do envelhecimento. Há quem tenha caracterizado a sua experiência de forma negativa, ainda que também apresente algum ponto positivo, como Açucena:

A minha experiência de envelhecimento tem sido péssima! E não é vaidade não! É que envelhecer machuca muito qualquer pessoa. A gente fica limitada, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo. [...] Quando a gente é mais jovem tem mais espaço pra agir a vida, pra resolver problemas, fazer isso e aquilo. A nossa idade nos dá prioridade em uma parte, e tira em outra. [...]. E, com o envelhecimento, aparece muita coisa no corpo da gente... Aparece muita dor, muito cansaço. Eu sinto muita diferença de quando eu era mais jovem. Podem dizer que é preguiça, mas não é! É que a gente se sente mesmo cansada. As nossas pernas ficam doídas! O corpo da gente quando está jovem é uma coisa. Vai chegando a idade, fica outra. De bom, só posso dizer que existe o encontro, a união com as outras pessoas da mesma idade, para brincar, para rir, como nós fazemos aqui nos grupos da policlínica. (Açucena, 77 anos, Rede B)

Já Dália relata que está vivendo bem esta fase de sua vida, ainda que perceba mudanças em sua saúde.

Sobre o envelhecimento, eu estou encarando bem. Eu vivo sozinha, porque meus filhos casaram, e mudaram. E eu fiquei. [...] Com o envelhecimento, a minha saúde mudou, porque, depois da morte da minha mãe, eu descobri que eu sou pré-diabética e hipertensa também. Eu tinha uns cinquenta e poucos anos, e fui descobrindo as doenças. Com a idade chegando, comecei a fazer os exames e iniciei o meu tratamento. (Dália, 76 anos, Rede B)

Saúde também é a maior preocupação de Gardênia (76 anos, Rede B) no envelhecimento: “A minha experiência de envelhecer tem sido boa. Eu aceito a velhice. Tem

peessoas na minha família que não aceitam. A única coisa que eu sempre peço a Deus é que eu envelheça com saúde”. Magnólia e Azaléa apontam que também estão vivendo bem o envelhecimento, apresentando relativa indiferença.

Sobre o envelhecimento, eu não me preocupo muito. Eu não sou uma pessoa de ficar encucada com nada não. Pra mim, é como se eu tivesse os meus 20 anos. Eu gosto de fazer trilha, eu gosto de viajar, eu gosto de passear, gosto de fazer festinha com uma amiga, ou convidar as amigas pra vir em casa, essas coisas todas. Eu sou uma pessoa que estou vivendo plenamente. Mesmo sabendo de todas as minhas doenças. Mesmo agora estando muito revoltada com o problema dos rins... Mas eu ainda consigo viver a minha vida numa boa. (Magnólia, 62 anos, Rede B)

Pra mim, o envelhecimento é uma coisa normal. Agora então, que eu não ligo mais pra nada... Se eu cismar de passear, eu vou. Se tem uma excursão, eu vou. Assim eu vou levando! Quando eu não tenho dinheiro, meu filho mais velho paga pra eu ir, e eu vou. Eu me arranco! Antes não era assim. Antes a vida era mais dura, porque eu ganhava uma merreca... Eu trabalhava muito como doméstica, tinha meus três filhos para criar. De uns tempos pra cá, tenho percebido que a minha saúde está piorando. (Azaléa, 73 anos, Rede B)

Já Amarílis nega o envelhecimento, afirmando ainda não chegou até ela:

Sobre o envelhecimento, eu não senti nada. É uma coisa que eu não sei responder. Porque eu não me considero envelhecida. O que é a velhice? Eu não sei o que é ser velho. Eu não acho nada do envelhecimento porque, por enquanto, ainda não chegou até mim. Você quer saber do segredo, pra não envelhecer? Olha, a minha vida hoje... E olha a minha vida no passado... (Amarílis, 76 anos, Rede B)

Os resultados identificados na pesquisa apontam que as trajetórias de vida dos idosos têm interferência direta nas suas formulações a respeito do envelhecimento. Aqueles idosos que sofreram condições extremas de pobreza e escassez na juventude, que experimentaram melhores condições de vida no decorrer de suas trajetórias e que hoje apresentam pouco ou nenhum agravo de saúde, tenderam a apontar a idade avançada de forma mais positiva, como foi o caso de Narciso, Jacinto e Amarílis. Esta última chega a afirmar que começou a viver aos 60 anos, mas o seu ‘divisor de águas’ não foi exatamente o seu reconhecimento como idosa (fato que ela mesma nega), mas a morte da pessoa que muito lhe causou sofrimento, seu esposo.

Há colaboradores, como Íris, Margarida e Açucena, que estão tendo experiências marcadamente negativas de envelhecimento, estando relacionadas a um contexto atual de dificuldades. Este é o caso de Íris, que tendo sofrido inúmeros episódios de violência

doméstica, afirma ter perdido a saúde. O envelhecimento de Margarida tem sido impactado por sua condição de única cuidadora familiar de seu esposo acamado, o que lhe impõe uma considerável sobrecarga, que a faz sentir ainda mais envelhecida. Para Açucena, sua experiência de envelhecimento tem sido péssima, por conta de fortes dores associadas a limitações na resolução de sua vida, à solidão e aos julgamentos que tem vivenciado, questões apenas minimizadas pela participação no grupo de artesanato da policlínica. Importante observar que Íris e Açucena foram colaboradoras que, em suas narrativas, expressaram dificuldades financeiras.

Os demais colaboradores afirmam estar vivenciando bem esta etapa da vida, apesar de algumas dificuldades. Acácia, Gardênia, Dália, Magnólia e Azaléa sentem dores e possuem doenças, mas estão em tratamento ou buscando tratamento, além de receberem suporte familiar em alguma medida, e suporte social do grupo de artesanato, o que pode fazê-las perceber de forma mais positiva o envelhecimento. Gerânio, que não tem qualquer problema de saúde e conta com uma boa convivência familiar, também vive bem o momento presente, e por isso mesmo vive o conflito de não se reconhecer idoso apesar dos 62 anos de idade.

Os achados confirmam o que afirmam Minayo e Coimbra Jr. (2002): o envelhecimento não é um processo homogêneo. Essa fase da vida é vivenciada por cada um de uma determinada forma, levando em consideração a sua história particular e todos os aspectos estruturais a eles relacionados, como saúde, educação e condições econômicas. Desta forma, os fatores que mais e melhor contribuem para a diferenciação da vivência do processo de envelhecimento, entre as pessoas, são as redes de apoio social e comunicação disponíveis, com ênfase na solidariedade familiar (MINAYO; COIMBRA JR, 2002).

Certamente os idosos que possuem melhores condições econômicas, e contam com mais suporte familiar, são aqueles que apresentam as suas experiências de envelhecimento de forma mais positiva. Em contrapartida, como afirmam Minayo e Coimbra Jr. (2002), o que torna a velhice sinônimo de sofrimento é mais o abandono do que a doença. A solidão afeta mais as pessoas que a dependência.

Minayo (2006), analisando estudos antropológicos realizados com idosos brasileiros, afirma que aqueles mostram que, mesmo sofrendo enfermidades e dependências, muitos idosos consideram-se saudáveis se ao lado de condições materiais de sobrevivência podem contar com redes de apoio social, com ênfase no afeto e na solidariedade familiar. Essa constatação coloca como central na análise das narrativas dos idosos sobre o envelhecimento a questão das condições materiais de reprodução de suas vidas e o suporte familiar recebido. Partindo deste princípio, no presente estudo, é possível apontar que os idosos que na

atualidade expressam enfrentar dificuldades financeiras e solidão ou pouco suporte familiar, foram aqueles que afirmaram estar envelhecendo de forma mais difícil.

Também foi possível constatar que, assim como também constatou Kertzman (2004) em sua pesquisa, ainda que os idosos apresentem dificuldades, eles reinventam, cada qual, a sua maneira de ser idoso. Como não existe modelo pronto, é possível romper com o senso comum e com as teorias que aprisionam o sujeito velho em um arquétipo. “O humano, atravessado pela subjetividade, terá sempre capacidade de desejar, (re)inventar, interpretar, potencializar, criar novos sentidos, libertar-se” (KERTZMAN, 2004, p. 137).

### 5.2.2. Necessidades de Saúde e Cuidados dos Serviços de Saúde

Na realização das entrevistas, foi utilizado um roteiro de perguntas que buscava abordar, além das trajetórias de vida e envelhecimento dos sujeitos, as questões relacionadas às necessidades de saúde e o cuidado prestado pelos serviços de saúde, experimentado pelos idosos. A abordagem destas questões, centrais para o presente estudo, se configurou em um desafio de interpretação.

Tanto no questionamento sobre as suas necessidades de saúde, quanto sobre o cuidado, durante a entrevista, foi percebida hesitação, por parte dos entrevistados, na elaboração das respostas. Em várias situações, foi necessário reelaborar a pergunta, para que pudesse ser respondida mais facilmente pelos colaboradores. Avalia-se que esta hesitação pode ter relação com o fato, já levantado no Referencial Teórico, de que tanto o termo necessidade quanto o termo cuidado podem guardar diversas interpretações.

A solução dada foi a reelaboração das perguntas, no caso de se perceber a hesitação por parte do colaborador, em que necessidade foi apontada como o que a pessoa precisa pra ter boa saúde, e cuidado foi atribuído ao atendimento dos serviços de saúde. Tendo por referência o entendimento de que o cuidado é uma ação integral, muito além da simples realização de procedimentos (PINHEIRO; GUIZARDI, 2013), tratá-lo como atendimento se configurou na forma mais simples de caracterizar as interações dos usuários, os profissionais e as instituições.

Assim, no tratamento dos dados, organizando-os para a análise, os relatos dos colaboradores foram agrupados em “Necessidades de saúde” (no passado e no presente), em “Atendimento dos serviços de saúde” (no passado e no presente), e por fim, um último tema que buscou colher dos colaboradores suas percepções sobre o quanto os serviços de saúde atendem às suas necessidades, resultando ou não, no exercício do cuidado, descrito como “Cuidado prestado pelos serviços de saúde *versus* Necessidades de saúde”.

No que tange ao tema **Necessidades de saúde no passado**, tanto os colaboradores da Rede A quanto os da Rede B fizeram referência à existência de sintomas e doenças para relatar sobre as suas necessidades. Na Rede A, Margarida recordou que, durante a infância, teve uma doença de pele, até hoje desconhecida, e que, já na vida adulta, apresentou sangramento e coceira em decorrência do uso de anticoncepcional. Jacinto, Gerânio e Narciso afirmaram que não ficavam doentes, não apresentando necessidades de saúde. Acácia lembrou das vacinas que tomou e que providenciou para seus filhos, quando crianças. As outras situações apontadas como necessidades de saúde se referiram às ocorrências de ataques cardíacos, sofridos por Iris (infartou antes dos 30 anos), Margarida (infartou aos 58 anos) e Jacinto (infartou aos 91 anos). Em alguns casos, foram apontadas as necessidades de saúde vivenciadas por familiares, testemunhadas pelos colaboradores, como Iris, que viu seu pai sofrer com tuberculose, e Jacinto que recordou o câncer de útero que acometeu a sua mãe.

Na Rede B, quatro colaboradoras relataram ocorrências de doenças no passado: Dália teve sarampo na infância; Gardênia já tinha varizes desde a adolescência; Azaléa descobriu a hipertensão durante uma gravidez; e Magnólia foi diagnosticada com arritmia cardíaca antes dos 40 anos de idade. Amarílis e Açucena afirmaram que não ficavam doentes quando eram novas, relatando não ter apresentado necessidades de saúde naquela época. Amarílis relatou que os filhos só precisavam de vacinas, enquanto Magnólia viu a mãe precisar de uma vaga de internação pelo SUS em Centro de Tratamento Intensivo (CTI) por ocasião de um acidente vascular cerebral, que só conseguiu por meio de uma liminar concedida pela Justiça.

Quando questionados sobre as **Necessidades de saúde no presente**, tanto os colaboradores da Rede A quanto os da Rede B, apresentam compreensões diferentes em suas respostas. Na Rede A, Íris acha complicado definir suas necessidades de saúde, relatando ser cardiopata, e sentir muitas dores e cansaço, tendo a sua vida modificada pela doença. Acácia também verbaliza esta dificuldade de formulação, trazendo para si a responsabilidade de atendimento às suas necessidades, por meio do autocuidado, como a tomada correta dos medicamentos prescritos, a busca por agendamentos de consultas e realização de exames.

Margarida é categórica ao afirmar que o que precisa é de umas noites de descanso, pois devido ao cuidado em tempo integral que dedica ao seu esposo doente encontra-se extremamente sobrecarregada e só vai ao médico quando está sentindo alguma dor. Tanto Gerânio quanto Narciso afirmaram como necessidades de saúde um determinado procedimento buscado nos serviços de saúde: consultas periódicas realizadas no ambulatório de urologia por ambos. Jacinto já apresenta uma outra dimensão de necessidades, a do

sobrenatural. Para ele, a intervenção divina sobre a sua vida é tudo o que necessita para o seu bem-estar.

Na Rede B, todas as colaboradoras relacionaram suas necessidades de saúde com procedimentos a serem realizados pelos serviços de saúde, assim como todas referiram ser portadoras de doenças crônicas que demandam acompanhamento médico regular. Amarílis necessita de acompanhamento de uma hérnia, cuja cirurgia foi contra-indicada, além de tratamento para doenças crônicas como hipertensão, diabetes e problemas na tireóide. Gardênia também necessita de tratamento regular para diversas doenças crônicas, mas sua maior necessidade no momento se refere ao atendimento oftalmológico.

Além do acompanhamento regular no nível primário de atenção à saúde, Azaléa, Açucena e Magnólia precisam de tratamentos de alta complexidade. Magnólia relatou que sempre buscou, em paralelo com o atendimento público de saúde, o atendimento particular, mas, devido à falta de condições financeiras, não tem conseguido atender suas necessidades de saúde na área privada. Dália chama a atenção para a necessidade coletiva de haver médicos suficientes para o atendimento das demandas da população idosa, que muitas vezes precisa permanecer por longos períodos em filas para conseguir o atendimento nos serviços de saúde.

A relação feita pelos colaboradores entre necessidades de saúde e doenças não se tratou de algo inesperado, assim como também não há surpresa na atribuição dessas necessidades a procedimentos específicos. Egry e Oliveira (2008) afirmam que necessidades de saúde são complexas por abarcarem múltiplas dimensões da realidade, desde a singularidade dos fenômenos de saúde ou doença que afetam os indivíduos e suas famílias, passando pelas particularidades dos processos de produção e reprodução dos distintos grupos sociais, até os processos mais gerais de estruturação da sociedade.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) acreditam que as necessidades de saúde são o aspecto mais importante quando se lida com a organização dos serviços, pois são elas que os suscitam e formam a base da sua configuração. Os autores também afirmam que, a primeira idéia acerca de necessidades tende a ser relacionada com a “assistência”, ilustrada pela procura do doente por cuidados médicos em determinado serviço de saúde. Os resultados da presente pesquisa confirmam esta relação, por parte dos sujeitos entrevistados. De fato, a compreensão, na maior parte dos casos, foi a de que, realizando questionamentos sobre necessidades de saúde, estes se referiam aos seus problemas de saúde, para os quais buscaram solução nos serviços.

Na narrativa de Íris é possível perceber esta relação entre a compreensão de necessidades de saúde e ocorrência de doenças:

Quando penso nas minhas necessidades de saúde hoje, eu já nem sei, porque é muito complicado. Eu sinto muitas dores, nas costas, nas pernas, não posso andar muito. [...] A minha vida mudou quando a doença pintou, e eu não esperava isso pra mim não. Não esperava... (Íris, 81 anos, Rede A)

Nos relatos de Magnólia está presente a relação entre o aumento das necessidades e a precariedade das condições de saúde, atribuindo o atendimento de necessidades à oferta de recursos.

Já as minhas necessidades de saúde, acho complicado falar sobre elas, porque a saúde ficou precária, e o dinheiro que eu ganho é muito pouco para eu tratar tudo com médico particular. Eu precisava que o SUS me desse mais, que o SUS tivesse mais recurso pra me tratar. (Magnólia, 62 anos, Rede B)

Importante registrar a preocupação de Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) em não ocorrer a generalização das necessidades de saúde dos sujeitos e a desconsideração de suas especificidades. Para os autores, há que se compreender a diversidade de experiências das pessoas, e se alertar que:

[...] o problemático não está na origem social da necessidade, mas na situação em que essa pretensão do bem comum, de 'social', ocorre, ignorando a efetiva desigualdade das necessidades sociais, tanto pela má distribuição de benefícios já alcançados por alguns, quanto pelos contextos instauradores de necessidades, com a criação de demandas voltadas, de fato, apenas para um segmento da população. (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p. 31)

Neste sentido, Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) reconhecem a existência de desigualdades nas necessidades de saúde das pessoas, originadas na má distribuição dos recursos e em seus contextos instauradores. Estas desigualdades têm por base a organização da sociedade. A análise de Stotz (2004) coaduna com este entendimento, afirmando que, quanto mais desigual for uma sociedade, e esta desigualdade for sancionada culturalmente, maiores serão as necessidades de saúde dos diferentes grupos da população.

É possível observar esta mesma idéia nas narrativas de alguns colaboradores, que afirmam eles próprios terem suas necessidades atendidas, mas haver outras pessoas que apresentam necessidades diferentes das deles, que não são atendidas. Um exemplo está na fala de Narciso: “Eu, graças a Deus, por incrível que pareça, não tenho muita coisa pra falar da saúde não. [...] Já as outras pessoas, eu vejo sofrerem muito” (Narciso, 78 anos, Rede A).

Um entendimento sobre necessidades de saúde, na pesquisa, chama a atenção por sua disparidade em relação ao discurso da maioria dos colaboradores. Está na narrativa de Margarida:

Sobre as minhas necessidades de saúde, eu penso que eu preciso mesmo é ter umas noites de descanso, que tivesse alguém pra ficar aqui e cuidar do meu marido enquanto isso. Eu acordo de duas em duas horas à noite, viro ele de lado, eu vejo se a fralda está molhada, porque é bom pra ele. Mas eu não consigo relaxar mais, há muitos anos. Mesmo de dia, eu fico preocupada em deitar e descansar. Eu vou lá primeiro, vejo se está tudo bem. Desse jeito eu não tenho vida. (Margarida, 61 anos, Rede A)

Margarida aponta como necessidade de saúde algo inerente ao ser humano: o descanso. O que ela precisa, aparentemente, não corresponde a um procedimento ou a um recurso oferecido numa unidade de saúde. O fato de ser, em período integral, cuidadora do esposo acamado produz-lhe uma situação de intensa sobrecarga, a que também estão submetidas inúmeras famílias de idosos dependentes, sobretudo as mulheres.

Esta realidade ocorre porque a responsabilidade pela provisão dos cuidados e do bem-estar dos idosos tem recaído primordialmente sobre a família, ainda que a sociedade e o Estado também tenham o dever de amparar as pessoas idosas. Groisman (2013) afirma que, apesar do Brasil ter avançado, nas últimas décadas, na direção de políticas públicas voltadas para a proteção e promoção do bem-estar da população geral – inclusive no segmento idoso, mesmo com o advento da Constituição de 1988, os sistemas de proteção social não previam a implantação de políticas específicas para o apoio aos cuidados de longa duração para a população cada vez mais envelhecida. Desta forma, a família é apontada como a primeira grande responsável pela prestação dos cuidados, a quem se delega a primazia do amparo àqueles que se tornam dependentes e/ou que venham necessitar de cuidados, mas se apresenta incapaz para corresponder a tamanha requisição.

Uma vez que os sistemas de Saúde, Assistência e Previdência Social tradicionais e historicamente estabelecidos não são suficientes para os enfrentamentos inerentes ao processo de envelhecimento das pessoas e populações, as famílias também não conseguem dar conta das demandas de cuidados prolongados daqueles que se tornaram dependentes (GROISMAN, 2013). A capacidade e a disponibilidade da família, para o cuidado, são impactadas pela "nuclearização das famílias, a entrada da mulher no mundo do trabalho, o afastamento entre as gerações e a diminuição das taxas de conjugalidade" (GROISMAN, 2013, p. 401). Todos estes atravessamentos colocam as famílias em condições semelhantes àquelas vividas por Margarida: profundo esgotamento em decorrência da sobrecarga resultante das atividades de cuidado integral.

Declarar o seu anseio por descanso como uma necessidade de saúde é a expressão de como as necessidades de saúde vão além de necessidades de serviços de saúde, e não se

restringem a problemas de saúde, sejam doenças ou riscos. Podem ser carências, vulnerabilidades expressas nos modos de vida e nas identidades, e podem inclusive ampliar-se para o que é necessário para ter saúde, abarcando determinantes socioambientais e culturais, e abarcando projetos de felicidade, de qualidade de vida, e outros tipos de projetos (PAIM, 2007).

Sobre o **Atendimento dos serviços de saúde no passado**, os colaboradores da Rede A informaram que só passaram a buscar a partir de algum evento agudo em suas vidas. Iris, Margarida e Jacinto só procuraram a unidade de saúde depois que infartaram. Margarida e Gerânio recordaram que o farmacêutico era aquele que atendia às suas necessidades de saúde, produzindo pomadas e chás de ervas, usados no tratamento das doenças. Foi depois do casamento que Margarida foi, pela primeira vez, ao médico, buscando solução para sintomas que ocorriam quando usava anticoncepcional.

As colaboradoras da Rede B também relataram que o atendimento dos serviços de saúde só foi procurado pelas mesmas a partir de um evento específico. A maior parte delas se refere ao casamento, quando eram atendidas para realização de exames pré-nupciais, ou à gravidez, quando eram incentivadas a fazer o acompanhamento pré-natal. Amarílis entrou pela primeira vez em um hospital quando decidiu fazer a laquedura de trompas, pois já havia tido oito filhos em casa, com parteira. Além das demandas específicas da Saúde da Mulher, no passado, as colaboradoras associaram a busca pelo atendimento médico às situações de emergência, como foi o caso do atropelamento sofrido por Amarílis.

Dália, quando teve sarampo, ainda criança, chegou a ser internada em hospital, mas atribui a sua cura a uma promessa religiosa que sua mãe realizou na época, assim como Gardênia também relata que alguns problemas de saúde seus receberam tratamento pela fé religiosa, além de tratamento pelo farmacêutico. Açucena foi a única a relatar ser atendida pelos serviços de saúde, na forma de acompanhamento regular, desde a sua juventude. Dália recorda do atendimento de saúde a que ela e sua família tinham direito na Capitania dos Portos, na Praça XV. Mais tarde, passou a ser atendida pelos médicos do INPS. Magnólia, quando jovem, só se consultava em médico particular, por intermédio da patroa. Depois, passou a buscar o atendimento particular em procedimentos mais urgentes e baratos, e o SUS em procedimentos de maior complexidade, por isso mesmo mais caros.

É interessante observar que, quando os colaboradores da presente pesquisa eram jovens, ainda não havia o SUS. Considerando que os colaboradores nasceram entre 1925 e 1957, a realidade de atendimento de saúde que eles viveram durante sua infância, adolescência e parte da vida adulta ainda não era de um sistema público universal.

Paim et. al. (2011), apresentando uma visão geral do sistema de saúde brasileiro, recordam que, o modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data das décadas de 1920 e 1930, quando os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho. Dando continuidade à análise histórica, os autores registram:

O sistema de proteção social brasileiro se expandiu durante o governo do Presidente Getulio Vargas (1930-45) e dos governos militares (1964-84). O processo de tomada de decisão e a gestão do sistema eram realizados sem participação da sociedade e estavam centralizados em grandes burocracias. O sistema de proteção social era fragmentado e desigual. O sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional (p. ex., bancários, ferroviários etc.), cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura. As pessoas com empregos esporádicos tinham uma oferta inadequada de serviços, composta por serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso. Após o golpe militar de 1964, reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos. Seguiu-se uma rápida ampliação da cobertura, que incluiu a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais. Entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados; a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais. Os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados” (PAIM et. al., 2011, p. 16-17)

Este resgate histórico explica alguns pontos das narrativas de alguns colaboradores, quando recordam o atendimento de saúde recebido durante a sua juventude. Íris e sua família eram atendidas numa instituição religiosa:

Meu pai trabalhava na fábrica, até ficar tuberculoso. Foi uma tuberculose galopante. Ele só durou três meses, na cama. Chegou a se tratar no dispensário das irmãs de caridade, que fica em Icaraí, na Rua Mariz e Barros. Lá não se tratava só de tuberculose não. Tinha médico para tudo ali. Tudo. Minha mãe, por qualquer doença, carregava a gente pra lá. E as irmãs de caridade também vinham em casa, inclusive as freiras que eram médicas. (Íris, 81 anos, Rede A)

Já Dália e sua família utilizavam os serviços de uma unidade de saúde que atendia pescadores registrados, localizada do outro lado da Baía de Guanabara.

Além do Hospital Antônio Pedro, a gente só tinha atendimento de saúde no Rio, na Praça XV. Como meu pai era pescador, registrado pela Capitania dos Portos, nós podíamos ser atendidos numa policlínica na Praça XV. Se tivesse que extrair um dente, tinha que ir de canoa até lá. (Dália, 79 anos, Rede B)

Depois de casada, passou a ser dependente do seu esposo, em serviço de saúde do Instituto Nacional de Previdência Social, por contado registro do mesmo:

Naquela época, eu já cuidava da minha saúde ali no INPS, no centro de Niterói. Foi onde eu fiz o pré-natal dos meus filhos. Depois que eu me casei, passei a ter direito porque meu marido trabalhava na SUCAM e me registrou. Ainda tenho as carteirinhas lá em casa. (Dália, 79 anos, Rede B)

Os que não possuíam registro trabalhista, ou que não eram dependentes de trabalhadores registrados, eram abandonados à própria sorte:

Já a minha mãe morreu num estado lamentável, sem condição nenhuma. Ela morreu de câncer no útero, sem conseguir se tratar, pois naquela época o tratamento era muito precário. Quando isso aconteceu, eu tinha 29 anos de idade. Ela morreu em 1954, em uma miséria triste, sem recurso para tratamento, e eu sinto por isso até hoje. O único cuidado que ela recebeu foi da minha irmã, que deixou a minha tia aqui no Sapê, e foi tratar dela na Rua Martins Torres, no barraco que a gente morava, dando banho, alimentando... Triste situação! Só teve cuidado da família, em casa. (Jacinto, 93 anos, Rede A)

Foi apenas em 1988, com a promulgação da Constituição ‘Cidadã’, que no Brasil foi estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo – o SUS – baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Paim et. al. (2011) registram que o SUS aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado, tendo como objetivo o provimento de uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo.

Em relação ao **Atendimento dos serviços de saúde no presente**, na Rede A, Margarida, Acácia, Jacinto, Gerânio e Narciso informaram ser atendidos, com regularidade, pelo ambulatório da Policlínica Regional do Largo da Batalha. Já Íris só vai à unidade de saúde quando se sente mal e precisa ser atendida no setor de emergência. Em domicílio, ela é acompanhada pelo Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso (SADI) da mesma policlínica, assim como o esposo de Margarida.

Já entre os colaboradores da Rede B, foi possível identificar, por meio de suas narrativas, que Amarílis, Magnólia, Dália e Azaléa frequentam regularmente o ambulatório da PRLB; Gardênia utiliza mais os serviços de uma unidade do Programa de Saúde da Família mais próxima à sua residência, ainda que a consulta com alguns especialistas seja referenciada para a policlínica; e Açucena abandonou o acompanhamento na PRLB, e recebe atendimento no Complexo Ambulatorial do Hospital Universitário Antônio Pedro. Amarílis, Margarida e Azaléa relataram ocasiões em que foram atendidas no setor de emergência da policlínica, em situações de agudização de doenças crônicas, assim como ocorreu com familiares de Magnólia e Açucena.

Na comparação com o atendimento que recebiam antes de se tornarem idosos, apenas Dália e Azaléa relataram perceber uma diferença positiva, tendo a idade acima de 60 anos contribuído para que houvesse maior facilidade de acesso aos serviços de saúde. Para Dália (76 anos, Rede B): “É mais fácil ser atendida porque sou idosa. Comparando hoje com antigamente, o atendimento agora é muito melhor”. Azaléa (73 anos, Rede B) concorda: “Agora, de certa forma, é melhor o atendimento pra mim, depois que eu fiquei idosa. Os médicos passam mais remédios, cuidam melhor. Mas não são todos!”.

Íris também acredita que houve melhora no atendimento dos serviços de saúde em relação ao passado, mas registra limites nesta melhoria.

Hoje a área de saúde ainda está melhor que antigamente. Antigamente não tinha nada neste Largo da Batalha. [...] Hoje tem mais recurso que tinha no passado, mas a área de saúde continua difícil. Para alguém conseguir pegar número para o atendimento médico na policlínica, a pessoa precisa sair de casa às quatro horas da manhã. Às vezes pega, às vezes não pega. Tem até gente que dorme lá! Isso é uma coisa errada! (Íris, 81 anos, Rede A)

Margarida também acredita que está encontrando, no presente, maior facilidade no acesso à marcação de consultas e exames, mas atribui este fato à atuação da equipe do SADI, que realiza a intermediação de suas demandas, por ser cuidadora familiar de idoso acompanhado por aquele serviço. Acácia não acredita que o atendimento seja melhor para os idosos, enquanto Magnólia avalia que o atendimento até piorou, baseada em experiências vividas por ela e por seus familiares, nas quais a idade não contou positivamente para o acesso.

Eu acho até que, depois dos 60 anos, o atendimento de saúde ficou pior. Eu prefiro o atendimento que recebi dos meus 40 até os meus 50 anos. Porque eu fui muito bem tratada. [...] A minha mãe mesmo, quando foi atendida na emergência da policlínica,

ficou duas semanas largada. Eu escutei da equipe que a minha mãe era muito velha, que não precisava mais de cuidados. Eu gritei que a minha mãe ainda não tinha morrido, que se o coração dela estava batendo ela precisava de cuidados sim. Eu precisei entrar com uma liminar na justiça pra conseguir levar a minha mãe para um CTI. (Magnólia, 62 anos, Rede B)

Já Amarílis e Jacinto não tiveram parâmetros para comparar, já que no passado não utilizavam os serviços de saúde, assim como Narciso (78 anos, Rede A), que chegou a relatar: “No passado, eu tinha saúde e no médico ia muito pouco. Nunca estive internado, graças a Deus. Então, eu não consigo nem avaliar como era o atendimento dos serviços de saúde daquela época porque eu não ia”.

Recorrer ao atendimento da rede privada de saúde constitui estratégia presente nas narrativas de Íris e de Magnólia. A primeira é acompanhada por um especialista, que apesar de atendê-la no consultório particular, não cobra pela consulta, não havendo custo para a idosa neste acompanhamento.

Com 30 anos eu já tinha tido um infarto. Bem depois disso, eu encontrei um médico bom, particular, pra cuidar de mim. A consulta dele custa R\$ 800. Mas como a minha filha, que é técnica de Enfermagem, trabalhava com ele numa clínica em Icaraí, ele me atendia lá. Ele não cobrou nada pra gente não, por conta do conhecimento que minha filha tinha com ele. E até hoje ele não cobra nada, e continua me acompanhando. Tem 20 anos que eu me trato com ele. (Íris, 81 anos, Rede A)

A segunda, Magnólia, relatou pagar por consultas e exames particulares quando encontra dificuldades em realizar pelo SUS, tendo no atendimento particular uma segurança que não consegue receber do atendimento público:

Eu procurei o meu cardiologista, particular, que era a minha salvação quando eu não conseguia atendimento no SUS, pra me dar receitas. Eu me tratava na policlínica, mas eu me tratava com ele pra ter uma segurança. Muitas vezes, na policlínica, não tinha vaga, ou o médico que me acompanhava saía e eu ficava sem médico. Ali é um médico só pra muita gente, e não tem como encaixar todo mundo. Por isso, eu tinha essa minha segurança. (Magnólia, 62 anos, Rede B)

Sobre a realidade apontada por Magnólia e Íris, é possível observar o uso simultâneo dos serviços públicos e privados, especialmente porque os usuários da medicina privada autônoma utilizam a rede pública para ter acesso a itens não cobertos (medicamentos, clínicas especializadas e emergência), devido ao seu alto custo (STOTZ, 2004).

Paim et. al. (2011) afirmam que, historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde por diversos meios, entre eles o credenciamento de consultórios médicos, a remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais e incentivos às empresas de planos e seguros de saúde. Em pesquisa, os autores verificaram que as pessoas com planos e seguros de saúde privados afirmavam ter melhor acesso a serviços preventivos e uma maior taxa de uso dos serviços de saúde que aquelas que não dispõem de tais planos ou seguros. No entanto, as pessoas com planos ou seguros de saúde privados frequentemente recebiam vacinas, serviços de alto custo e procedimentos complexos, como hemodiálise e transplantes, por meio do SUS.

Todas as colaboradoras da Rede B são participantes dos grupos de promoção da saúde na policlínica, e, em suas narrativas, deixaram suas impressões acerca do trabalho desenvolvido nestes espaços, assim como Gerânio, que, devido ao seu trabalho como agente social, também conhece a atuação dos grupos. Amarílis expressou sua felicidade:

O grupo de artesanato também é maravilhoso, maravilhoso! Gosto muito das palestras. Às vezes eu estou em casa, fazendo crochê, e me vem aquela vontade de ir pro Largo. Eu venho, bato papo com um, bato papo com outro. Dou um presentinho a um, dou um presentinho a outro. Aí eu fico feliz. Hoje mesmo eu fiquei feliz porque vinha aqui. Eu estou feliz, muito feliz. (Amarílis, 76 anos, Rede B)

Dália e Azaléa também disseram estar satisfeitas em participar dos grupos, chamando a atenção para o caráter educativo destes espaços coletivos, onde se pode socializar e aprender:

Eu também gosto muito do grupo de artesanato da policlínica! Eu gosto muito, muito, muito, porque tenho essas amigas, os professores... Eles são muito bons. Às vezes a gente está mais pra baixo. Aí a gente vem pra cá, ri, brinca, aprende a fazer alguma coisa. E mesmo que não faça certinho, pelo menos a gente está aprendendo. Eu aprendi muita coisa de artesanato aqui, que eu não sabia fazer, e agora estou fazendo. (Dália, 76 anos, Rede B)

Já participar dos grupos aqui da policlínica eu acho muito bom! Porque a gente sai de casa, a gente conversa, a gente ri, a gente conhece outras pessoas. Eu até estou aprendendo a escrever aqui na policlínica, no grupo de promoção da saúde! (Azaléa, 73 anos, Rede B)

Tanto Gardênia quanto Magnólia, que já sofreram com a depressão, encontraram nos grupos uma alternativa terapêutica, capaz de auxiliá-las a lidar com a doença.

O grupo de artesanato é muito bom! Eu sempre fui louca por artesanato, e tenho aprendido muita coisa aqui com eles, como os trabalhos com material de reciclagem. Aprendo até hoje. Somos tratadas com muito carinho, com muita atenção. Eu gosto demais desse casal! Gosto muito, porque na hora da minha depressão, eles me estenderam a mão. Sou muito grata a eles, e também ao outro grupo de promoção à saúde, que eu ando um pouco afastada, mas que me ajudou muito também. (Gardênia, 76 anos, Rede B)

Hoje eu frequento o grupo de artesanato, e acho muito bom porque quando você só fica em casa, a depressão bate. A solidão dá depressão. Eu acho que a gente fica deprimida porque fica muito sozinha. Eu ainda tenho filho, tenho meus quatro netos. Mas muitas que frequentam o grupo não têm ninguém. Não têm filho, não têm neto, não têm marido. (Magnólia, 62 anos, Rede B)

Na narrativa de Açucena, que também valoriza o trabalho com grupos na policlínica, há relatos de uma ocasião em que havia a informação de possibilidade de extinção do grupo de artesanato. Diante desta possível realidade, que em muito as afligiu, as idosas se mobilizaram, mostrando a potência organizativa que grupos como estes possuem:

No outro dia até ouvi que iam acabar com o grupo. Eu fiquei desesperada! Se acabar, vai matar muita gente de idade. Se não tivesse o grupo, eu estaria morta! [...] Eu mesma, junto com outras pessoas do grupo, já fui lá à administração pedir para não acabarem com o grupo de artesanato. Eu fiquei doente só em pensar que o grupo iria acabar! Fiquei preocupada, nervosa, com medo de eles tirarem a gente dali. Juntou essa notícia com uns problemas que eu estava em casa, e fiquei doente. Foi aí que arrumaram a sala, mandaram pintar, e hoje temos uma sala, graças a Deus! (Açucena, 77 anos, Rede B)

Gerânio, que possui uma história com os grupos, por ter colaborado em algum momento com a sua realização, também analisa a iniciativa e o episódio de possível extinção, apontando para a necessidade de mudança e de se ouvir as demandas dos idosos:

Sobre o grupo de artesanato aqui da policlínica, eu penso ser uma iniciativa muito importante para atender as necessidades dos idosos da nossa região. Durante um tempo, o grupo correu o risco de acabar, por incompatibilidade de alguns profissionais. Mas eu acho que o motivo é maior que a proposta. Porque às vezes existe a proposta, que na verdade não atende ao verdadeiro motivo dela ser criada. Por exemplo, a política pública tem isso: o governo, quando vai fazer uma política pública, ele pensa no que é bom pra mim. Mas ele não pergunta a mim se aquilo é realmente importante. Isso pode gerar um choque entre proposta e aceitação. Quando você pergunta, quando faz a pessoa participativa, a coisa sempre funciona. (Gerânio, 62 anos, Rede A)

Nos estudos de Kertzman (2004), os grupos foram apontados como tática social para facilitar inclusões e construção de novas subjetividades. A autora nota que os grupos em geral, e em especial os voltados aos idosos, são excelentes campos de experimentação da potência de ação, de socialização, de vivência e incremento dos desejos, de troca, de prática da ética da felicidade e da liberdade.

A convivência e a sociabilidade praticada nos grupos e associações podem recuperar as redes de solidariedade esvaziadas pelo processo de decomposição do espaço público, uma decorrência da modernidade, proporcionando novas formas de convívio, de redes de socialização que retomem a esfera pública. Amplia-se assim o campo de trocas e suporte social e afetivo para além das fronteiras do espaço doméstico/familiar. (KERTZMAN, 2004, p. 133)

Assim como na pesquisa de Kertzman (2004), este estudo mostra a importância de apostar na felicidade advinda dos bons encontros, nos encontros potencializadores, que permitem o incremento da “potência de ação” *versus* “potência de padecer”, que favorecem a libertação em detrimento da dominação.

O último tema tratado nas entrevistas com os colaboradores neste estudo foi **Cuidado prestado pelos serviços de saúde *versus* Necessidades de saúde**. O tema foi abordado a partir da questão norteadora “O cuidado oferecido atende às necessidades dos idosos?”, inserida no roteiro de entrevista por meio da pergunta: “Como o(a) senhor(a) se sente diante do cuidado oferecido pelos serviços de saúde em relação às suas necessidades?”. Buscando discutir a relação entre as experiências de envelhecimento e de cuidado prestado pelos serviços de saúde, diante das necessidades individuais e sociais apontadas pelos idosos, as respostas foram incorporadas às narrativas, analisadas a seguir.

Na Rede A, foi possível observar que os colaboradores, em suas respostas, oscilaram entre a dimensão individual e a dimensão social. No que se refere ao atendimento de suas próprias necessidades, todos os colaboradores da rede afirmaram que os serviços de saúde atendem às mesmas, com a exceção de Íris (81 anos, Rede A), cuja resposta contemplou um sujeito coletivo: “Mas os serviços de saúde não atendem o que a gente precisa”. Margarida afirma que atualmente consegue ser atendida, sendo superada a dificuldade que tinha no passado pela atuação da equipe do SADI, que consegue intervir marcando consultas médicas e exames. Já Gerânio e Narciso, ainda que afirmem ter as suas próprias necessidades atendidas pelos serviços de saúde, chamam a atenção para a dimensão coletiva, para o caráter social das necessidades de saúde, afirmando que outras pessoas não contam com a mesma situação.

Eu posso dizer que as minhas necessidades de saúde são atendidas pelos serviços de saúde, mas como representante dos usuários em conselhos de direitos aqui do nosso município, eu não falo só por mim. Falo pela população em geral também. Os serviços de saúde estão subordinados à política de saúde. A gente tem brigado muito pela política de saúde, e eu acredito que avançou. Mas ainda está muito aquém das necessidades da população. (Gerânio, 62 anos, Rede A)

Narciso (78 anos, Rede A) se expressa veementemente: “Infelizmente, os serviços de saúde não estão cuidando bem das pessoas. Os profissionais estão cuidando mal porque são obrigados a cuidar mal. A culpa é dos governantes”.

Interessante observar como, em todas as narrativas da Rede A, os colaboradores fizeram questão de, ao apresentar questões que dificultam o cuidado pelos serviços de saúde, registrar que os trabalhadores da saúde “fazem o que podem”, “ajudam no que podem”, “só fazem quando têm chance”, “está sendo feito tudo o que é possível fazer”, ou “a culpa não é deles”.

Narciso e Gerânio são ainda mais objetivos em suas narrativas. Narciso acredita que o problema está na corrupção, no desvio de recursos, e, num discurso indignado, afirma:

O dinheiro chega na saúde, mas eles não botam na saúde. Eles tiram. [...] Existe o crime organizado, que não é menos covarde que o ladrão que rouba e mata por um celular não. Esses políticos fazem a mesma coisa que ele. Às vezes é até pior. São assassinos! Quantas crianças morreram porque as senhoras não tiveram um parto decente, um acompanhamento médico decente! Aí a senhora vai para o hospital, não tem tratamento, fica em cima de uma maca sentindo dor, a criança nasce depois da hora... Morre a mãe, morre a criança. Tem muitos casos assim. Tem pessoas que culpam os médicos, mas, na verdade, a culpa é dos governantes! Tinha tanto que podiam fazer. Mas não querem fazer. (Narciso, 78 anos, Rede A)

Já Gerânio, exatamente por sua atuação enquanto agente social e representante de usuários em conselhos de direitos, faz uma análise mais ampla, que extrapola a esfera dos serviços para alcançar a esfera da política de saúde municipal:

Nós temos um problema sério em Niterói: a saúde é muito fatiada! Se o sistema de saúde é único, devia haver mais intersetorialidade. Os diferentes setores precisam falar a mesma língua. Mas são tantos departamentos diferentes, com pessoas que foram colocadas politicamente, que acaba não funcionando. Tem uma frase que eu sempre achei muito interessante: administração é para administrador! Não é para o técnico de outra área fazer aquilo ali. Porque é preciso preparo para exercer aquele trabalho. Eu acho que quando você coloca uma pessoa não preparada para exercer uma determinada função, você deprecia aquele serviço. Porque a pessoa que está ali

não é qualificada! Aí, o que acontece, é que o problema recai para quem está lá na ponta, pra quem presta o serviço. (Gerânio, 62 anos, Rede A)

Na Rede B, assim como na Rede A, as narrativas de algumas colaboradoras contemplaram apenas a dimensão individual, e de outras apresentaram a dimensão social do atendimento de necessidades de saúde pelos serviços. Amarílis, Gardênia, Dália e Azaléa tomaram como referência as suas experiências individuais, e afirmaram ter as suas necessidades atendidas pelos serviços de saúde. Magnólia e Açucena possuem opiniões diferentes. Magnólia, baseada em situações diversas, ocorridas com ela mesma e com outras pessoas, se sente insegura com os serviços de saúde:

Quanto ao cuidado prestado pelos serviços de saúde, eu confesso que eu estou um pouco assustada. Tenho muito medo de passar mal e ir para uma emergência do SUS. Só no caso do meu filho, que eu não posso falar nada do atendimento. Meu filho sofreu dois acidentes de moto, e foi muito bem tratado no hospital que atendeu ele. Mas de outras vezes, quando fui visitar amigas internadas, eu vi coisas horrorosas, que eu não quero pra mim e não quero pra ninguém. (Magnólia, 62 anos, Rede B)

Açucena (77 anos, Rede B) afirma categoricamente: “Pra mim, o cuidado que é prestado pelos serviços de saúde não está dando conta das minhas necessidades. Os serviços não estão dando conta de nada! Estou esperando uma cirurgia há quatro anos”.

Estas declarações das colaboradoras refletem o que Merhy (2004) já sinalizava, de que, se voltarmos a nossa atenção para o ponto de vista do usuário do sistema, podemos dizer que o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não são adequados para resolverem os seus problemas de saúde, tanto no plano individual, quanto coletivo. O autor afirma que os usuários, em sua maioria, sentem-se inseguros, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados, assim como relataram alguns colaboradores nesta pesquisa.

Tanto os colaboradores da Rede A, quanto da Rede B, mesmo aqueles que afirmam ter suas necessidades atendidas pelos serviços de saúde, apontam algumas questões que deveriam ser melhoradas para que os serviços cuidassem melhor deles e de outras pessoas.

Alguns colaboradores chamaram a atenção para os problemas relacionados à marcação de consultas na unidade de saúde, que geram filas e maiores tempos de espera. Íris narra uma experiência de agendamento de consulta, observada por ela:

Para alguém conseguir pegar número para o atendimento médico na policlínica, a pessoa precisa sair de casa às quatro horas da manhã. Às vezes pega, às vezes não

pega. Tem até gente que dorme lá! Isso é uma coisa errada! Imagina passar a noite na fila, esperar distribuir números de atendimentos até as sete horas da manhã, e não conseguir... Aí tenta para outro médico, mas não tem vaga pra ele também. Pode tentar encaixe, mas não há certeza de que dará certo. Às vezes não dá. Dali a pouco chega o médico e diz que só pode atender mais duas pessoas. Mas tem quatro pessoas esperando! Aí a pessoa volta para casa sem conseguir resolver nada. Perde uma noite de sono, passa frio, às vezes com chuva. Muitos conhecidos já passaram por isso, vizinhos meus vão e voltam sem ser atendidos. Não tem como. Não tem médico certo aí no posto não. (Íris, 81 anos, Rede A)

Amarílis e Acácia também apontam para a necessidade de melhoria na logística de marcação de consultas. Primeiro, Amarílis (76 anos, Rede B): “Pra melhorar a saúde, só acho que tinha que acabar com esse negócio de fila pra marcar consulta, oxente! [...] A única coisa que poderia melhorar é a fila”. Depois, Acácia (61 anos, Rede A):

Os serviços poderiam melhorar o cuidado, modificando este sistema de marcação, colocando uma data certa para marcar as consultas, uma data fixa no mês. Ou então, voltar a fazer como era antes: eles marcavam todos os dias. Fazendo da forma como é hoje, as pessoas não sabem ao certo quando ir à policlínica marcar, e quando liberam, forma-se filas enormes, fica uma confusão que ninguém entende nada. Queria que não tivesse a fila, aquele tumulto, num dia só. Marcar uma vez no mês faz aquela confusão toda, que não tem necessidade e poderia ser uma coisa mais tranqüila. (Acácia, 61 anos, Rede A)

Ainda sobre as dificuldades encontradas em agendamentos, demoras no atendimento e uma sugestão de solução, Açucena e Dália registram em suas narrativas:

Precisa resolver também o horário de atendimento. Não tem necessidade da pessoa, principalmente idoso, ficar esperando horas e horas. A consulta do médico é marcada para sete horas da manhã, mas o médico só chega oito ou nove horas. E às vezes liga dizendo que não vai! Muito difícil. E a gente não pode falar, a gente não pode dizer nada. Do mesmo modo, quando o médico sai pra almoçar, não fica ninguém para nos atender. Eu penso que deveria haver um médico para substituir o outro na hora do almoço ou quando faltasse. Às vezes não aparece ninguém nem pra falar, dar uma satisfação. Não é exigência não! É ética, que não se tem! (Açucena, 77 anos, Rede B)

O que a gente precisa é ter mais médicos. E as pessoas idosas não têm que ficar em fila pra marcar e pegar senha. Nisso, os serviços de saúde poderiam melhorar um pouco. Porque eles prometem muita coisa, mas também falta muito. (Dália, 76 anos, Rede B).

Além da demora, Magnólia também aponta a necessidade de se melhorar o atendimento de emergência: “Tenho uma amiga que ficou esperando cinco anos pra operar a vista, e quase que ficou cega. A demora e a questão da emergência que me preocupam... Não dá pra contar!” (Magnólia, 62 anos, Rede B).

Amarílis e Gardênia chamam a atenção para o problema de falta de medicamentos, questão também abordada por Acácia (61 anos, Rede A) em sua entrevista: “O serviço também seria melhor se não faltassem medicamentos. Muitas vezes, nós procuramos na farmácia da policlínica, e não tem os remédios que a gente precisa. Fora isso, acho que estamos sendo bem cuidados pelos serviços de saúde”.

Interessante perceber que o entendimento dos colaboradores acerca do cuidado prestado pelos serviços de saúde está fortemente relacionado com os procedimentos e recursos disponibilizados aos mesmos. Este fato se dá a partir do comprometimento da atenção à saúde com o modelo médico hegemônico, vinculado à medicina tecnológica, que coloca a produção de procedimentos como o principal produto a realizar, como a finalidade do trabalho em saúde. Neste processo, a escuta ao usuário é anulada, e se impõe uma voz única, impositiva das concepções dos detentores do conhecimento científico, reduzindo o usuário a um “objeto” a viabilizar a ação de produção de procedimentos (MERHY, 2004).

Para além da questão dos procedimentos (agendamentos, consultas, fornecimento de medicamentos), alguns colaboradores associaram o cuidado à atenção dispensada pelos profissionais e ao acolhimento fornecido por eles, principalmente médicos. É possível perceber como os colaboradores apontam o médico como o protagonista do ato cuidador, já que em muitas narrativas o cuidado está diretamente relacionado ao atendimento deste profissional. Merhy (2004) considera vital compreender que todos os trabalhadores da saúde apresentam potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença, cada qual portando sua bagagem de competência específica, mas que também devem ser considerados responsáveis pelo cuidado. E complementa:

Podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido. (MERHY, 2004, 79)

No processo de reconhecimento da importância de todos os trabalhadores da saúde, há que se considerar que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, e para tal incumbência

deveria ser capacitado para a produção de acolhimento, responsabilizações e vínculos (MERHY, 2004).

Ainda que vários colaboradores tenham afirmado serem bem atendidos nas unidades de saúde, é necessário observar que há idosos que tiveram experiências diferentes. Íris (81 anos, Rede A) generaliza para “posto de saúde” a sua experiência: “Mas você sabe como é posto de saúde, né? Não dão atenção direito às pessoas. A gente chega e não dão atenção”. Azaléa relata uma situação em que foi surpreendida por um mau atendimento:

Eu acho que os serviços de saúde atendem bem a gente. Os médicos são bons. Menos um cardiologista lá na policlínica, que no começo era uma maravilha, mas da última vez que eu fui nele, não sei o que aconteceu que ele me tratou muito mal. Fora ele, todo mundo me trata bem. (Azaléa, 73 anos, Rede B)

Açucena expõe o que ocorre atualmente nos serviços de saúde, sob o seu olhar, apontando para a falta de acolhimento por parte de alguns profissionais:

O que acontece com os serviços de saúde hoje é que muitos médicos acham que o trabalho deles é só sentar numa cadeira, e não precisar ouvir o paciente. Em primeiro lugar: a gente, quando entra numa sala pra falar com o médico, a gente tem que encontrar ali um sorriso! Eles precisam falar com a gente direitinho, com calma, nos ouvir, prestar atenção no que estamos levando, ler o papel que a gente apresenta pra eles. Às vezes, a gente faz exames em outros lugares, e traz o resultado em CD. Eu sempre levo pro médico que pediu o resultado, inclusive o CD, que muitas vezes nem bota a mão, nem lê, nem tira do envelope. (Açucena, 77 anos, Rede B)

Em contrapartida, elogia o atendimento recebido em uma unidade de saúde em que se sentiu acolhida e bem cuidada:

No Hospital Antônio Pedro, eu sou muito bem atendida, tanto que eu não quero nem mais sair de lá. Eles me atendem com atenção, com carinho, me examinam, olham meus exames. Tudo com bom humor, brincando comigo! Como eu sou bem atendida naquele lugar! É um tratamento completamente diferente. Na policlínica, eu me dou bem com todo mundo da administração, da diretoria, das chefias. Mas os médicos mesmo... Eu fui a um médico aí que me tratou tão mal, que eu me afastei. Antigamente, tinha médicos bons. Hoje isso é raro. (Açucena, 77 anos, Rede B).

A narrativa de Açucena faz recordar a afirmação de Merhy (2004) de que:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e

interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (MERHY, 2004, p. 77)

Desta forma, no encontro do profissional com o sujeito que busca cuidado é necessário que se estabeleça uma relação de diálogo, de fala e escuta, para se possa caracterizar aquele como um ato cuidador. No esvaziamento de atitudes voltadas para o reconhecimento das necessidades dos sujeitos, o que realiza não alcança o objetivo último da relação profissional de saúde e usuário, que é o próprio cuidado.

Analisando as narrativas dos idosos entrevistados nesta pesquisa, é possível identificar que os colaboradores, ao se expressarem sobre as suas necessidades e cuidados prestados pelos serviços de saúde, apresentaram diferentes entendimentos sobre o cuidado. Tomando por base o trabalho de Cruz (2009), é possível verificar que os relatos se referem ao cuidado nas três dimensões levantadas pela autora: a dimensão técnico-científica, a dimensão subjetivo-relacional e a dimensão sócio-política.

Quando avaliam que estão sendo bem cuidados pelos serviços porque encontram facilidade na marcação de consultas, ou quando não se sentem bem cuidados por não conseguirem receber medicamentos ou realizar exames nestes serviços, os colaboradores se referem à dimensão técnico-científica, na qual o cuidado está relacionado a uma intervenção técnica especializada que resolva a questão da saúde (ou da doença), apresentada por sujeitos, que são submetidos à aplicação de tecnologias/técnicas comprovadas cientificamente, em que as intervenções produzam o êxito técnico dos procedimentos científicos aplicados (CRUZ, 2009).

A dimensão subjetivo-relacional está presente quando os colaboradores valorizam o encontro com os profissionais de saúde, quando se queixam de não receberem a atenção que necessitam e quando esperam do médico um sorriso antes de qualquer palavra. Cruz (2009, p. 85) alerta que o cuidado, nesta compreensão, também é caracterizado como “atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela”. É o que Boff (2014) advoga ser, para além de um ato, uma atitude, de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

E também há a expressão da dimensão sócio-política, quando os colaboradores apontam e se mostram bastante satisfeitos com o cuidado prestado pelos grupos de promoção

à saúde da policlínica, onde exercem a sua emancipação, buscam preservar a sua autonomia, estabelecem relações solidárias, e onde os profissionais de saúde exercem o papel de potencializadores do processo de mudança, de novas leituras de si mesmos e do mundo, pelos sujeitos protagonistas desta realidade de cuidado. Os grupos tornam-se espaços de emergência de sujeitos políticos e de demandas, comprometidos com seu próprio processo saúde-doença-cuidado e com suas formas de andar a vida.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre tantos caminhos possíveis, optamos por ouvir idosos acerca de suas necessidades de saúde e a forma que os serviços de saúde têm cuidado dessas pessoas. Será que cuidam? Inviável seria levantar estas questões sem conhecer as suas trajetórias de vida. Aí se consolidou o grande desafio de coordenar desejos e expectativas, de pessoas e instituições. Delimitar temas de interesse para serem abordados nas entrevistas, cujo objetivo era a elaboração de um trabalho acadêmico, com pessoas que declaram uma ausência crônica de oportunidades de serem ouvidas constituiu um grande esforço metodológico. Algumas vezes as narrativas seguiram caminhos inesperados, mas que se revelaram no modo mais genuíno de reconhecer o protagonismo dos que queriam e estavam sendo ouvidos. E tanta coisa importante foi dita.

Trabalhar com história oral é compreender que “toda narrativa é construção, elaboração, seleção de fatos e impressões” (MERHY, 2005, p. 50). É saber que o que se busca é uma versão dos fatos, e não os fatos em si. É reconhecer que o produto do trabalho de história oral não corresponde a uma materialização da memória, haja vista que esta é mutável, e varia de acordo com o momento, o interlocutor, o ambiente, e inúmeros outros fatores, que em nada desvalorizam as narrativas.

Como uma forma de captar experiências de idosos dispostos a falar sobre aspectos de suas vidas, empreendemos os esforços em estimular a reflexão sobre o passado, mas também sobre o presente. Para alguns, o passado é um lugar mais desejado para se estar. Para outros nem tanto, mas ainda assim a oportunidade da recordação não foi desperdiçada.

“Memória, imaginação e representação são bases que sustentam qualquer narrativa sobre o passado e sobre o presente”, afirma Merhy (2005). Quando Margarida conta da viagem no caminhão de leite, ou Amarílis recorda a lição de obediência que resolveu dar aos filhos, ou quando Açucena relata os acontecimentos na ocasião da morte de seu último esposo, assim como em tantos outros relatos delas e de outros colaboradores, há verdade em

suas narrativas. As suas verdades sobre fatos que não necessariamente ocorreram daquela forma. Há performances. E este aspecto interessa à pesquisa, assim como interessa a inscrição das memórias individuais no conjunto das demais memórias.

Interessante perceber que cada colaborador possui a sua história, mas há fatores que aproximam as suas narrativas. É o caráter coletivo de suas memórias que nos remete ao fato de fazerem parte de uma mesma comunidade de destino. Todos são idosos, que vivem há muitos anos na mesma região, e que freqüentam, em alguma medida, os serviços de uma determinada unidade de saúde. Quem são esses colaboradores?

Em síntese, para além do que já se sabia pelos critérios de seleção de colaboradores utilizado, os resultados da pesquisa nos mostraram que são trabalhadores, maioria vinda de outros lugares, instalados na região há muitos anos, que enfrentaram precárias condições de vida na juventude, e que experimentaram profunda situação de pobreza. Com baixa ou nenhuma escolaridade, os colaboradores começaram a trabalhar muito cedo, alguns ainda quando eram crianças, desempenhando trabalhos que não exigiam escolaridade e ocupando funções profundamente exploradas, sem garantia de direitos trabalhistas. Em quase todas as narrativas, há relatos de episódios de violência, sobretudo doméstica e contra as mulheres.

Apesar de atualmente viverem em melhores condições, comparando com aquelas que viveram no passado, os entrevistados continuam enfrentando dificuldades financeiras e de outras ordens, que impactam profundamente no processo de envelhecimento de cada um. As mudanças corporais são percebidas por todos, sendo mais marcantes o cansaço, a lentidão e o aparecimento de doenças. Apesar destas mudanças, os colaboradores, em sua maioria, avaliam estar passando bem por elas, quando contam com redes de apoio social, solidariedade familiar e melhores condições materiais na reprodução de suas vidas.

Quanto às necessidades de saúde, a maior parte dos idosos entrevistados as associou à ocorrência de doenças, no passado. No presente, referem-se a procedimentos buscados nos serviços de saúde. As suas experiências com os serviços de saúde no passado mostraram que os colaboradores não freqüentavam estes espaços, haja vista a sua escassez, pois se resumiam a entidades religiosas e filantrópicas, um hospital universitário de tradicional referência, e instituições vinculadas à Previdência Social. Quase todos passaram a procurar assistência à saúde a partir de eventos agudos ocorridos ou agravos percebidos quando já idosos ou alguns anos antes de completarem sessenta anos de idade. No presente, os colaboradores utilizam com freqüência os serviços de saúde, principalmente o atendimento público e gratuito, e também buscam a assistência privada para procedimentos de baixo custo, quando julgarem precisar.

Analisando o que os idosos entrevistados relataram acerca dos cuidados prestados pelos serviços de saúde, é possível afirmar que, ainda que a maioria dos sujeitos afirme ter as suas necessidades de saúde atendidas pelos serviços, estes também demonstram insegurança e apontam para a necessidade de melhoria em diversos aspectos desses serviços para que se sintam melhor cuidados por eles. Os apontamentos dos colaboradores se referiram a insatisfações com o sistema de marcação de consultas e outros procedimentos nas unidades de saúde, além de problemas nos agendamentos, ausência de recursos humanos e materiais nos diferentes serviços e deficiência no acolhimento de alguns profissionais.

Cabe informar que, quando a colônia foi metodologicamente dividida em duas redes, acreditava-se que frequentar ou não os grupos de promoção à saúde da policlínica poderia ser um elemento importante de diferenciação das experiências dos colaboradores. De fato, as colaboradoras que constituíram a Rede B relataram que a sua participação nos grupos relataram significativas experiências de apoio social, e que interferiram positivamente em seus processos de envelhecimento assim como os grupos foram reconhecidos por elas como uma importante forma de cuidado realizado pelos serviços.

Da mesma forma que foram apontadas carências no cuidado, os idosos, por meio de suas narrativas, também apontaram potencialidades dos serviços para que realizem uma assistência que alcance dimensões do cuidado para além da dimensão técnico-científica. Quando é oferecido um atendimento domiciliar multidisciplinar aos idosos que não conseguem frequentar as unidades de saúde, as intervenções realizadas por este serviço possuem impacto substancialmente positivo para os mesmos e para suas famílias, como foi possível observar nas narrativas de Íris e Margarida. Quando, no espaço da unidade de saúde, são realizados trabalhos com grupos que contribuem para o desenvolvimento da autonomia, fortalecimento de vínculos e apoio social, e funcionam como espaços de convivência, proporcionando aos idosos bem-estar social, psíquico e emocional, estas iniciativas podem ser consideradas exitosas na realização do cuidado.

Cuidar pressupõe conhecer projetos de felicidade. Pressupõem entender o que de fato é necessário aos olhos dos próprios sujeitos. A realização desta pesquisa também se manifestou como uma oportunidade de cuidar daqueles que espontaneamente desejaram participar. Em diversos momentos, foi possível perceber uma grande satisfação em contribuir com os relatos, em recordar o passado, em falar do presente, e em expor suas necessidades e experiências. A emoção esteve presente em várias ocasiões, indicando que estávamos no caminho certo, já que aceitamos o desafio de fazer ciência valorizando a subjetividade. E eu também fui cuidada por todos que colaboraram com a realização da pesquisa, desde

narradores até colegas que facilitaram o processo. Sabiam que se tratava também de um projeto pessoal de enriquecimento profissional – e de felicidade –, e se dispuseram a embarcar nesta viagem comigo, ainda que alguns não me conhecessem até o momento do convite.

Concluo, ainda que provisoriamente, alertando que há muito mais a ser explorado nas narrativas colhidas. Há muito mais vida e saúde nestas trajetórias, para além do que foi discutido neste trabalho. Também há muito mais a ser ouvido dos sujeitos que envelhecem, ou seja, de todos nós. Que centrar as ações dos serviços nos usuários seja atitude cotidiana na elaboração, na execução e na avaliação das políticas públicas, sobretudo as de saúde.

Com o poema “Reinauguração”, de Carlos Drumond de Andrade, encerro esta viagem, ou pelo menos este percurso:

Entre o gasto dezembro e o florido janeiro,  
entre a desmistificação e a expectativa,  
tornamos a acreditar, a ser bons meninos,  
e como bons meninos reclamamos  
a graça dos presentes coloridos.  
Nessa 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  
a um 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.

Somos uma fraternidade, um território, um país  
que começa outra vez no canto do galo de 1º de janeiro  
e desenvolve na luz o seu frágil projeto de felicidade.

(ANDRADE, 1997, p. 93)

## REFERÊNCIAS

- ALAMI, S.; DESJEUX, D.; GARABUAU-MOUSSAOUI, I. **Os métodos qualitativos**. Tradução de Luis Alberto S. Peretti. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- ALENCAR, M.S.S.; BARROS JR, F.O.; CARVALHO, C.M.R.G. Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. **Rev. Nutr.**, Campinas, 21(4):369-381, jul./ago., 2008.
- ANDRADE, C.D. Reinauguração. In: **Farwell**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1997, p. 93.
- ARAÚJO, L.U.A. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, Aug. 2014.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, dez. 2012.
- ARAÚJO, V.S. **Representações sociais sobre o cuidado construídas por idosas**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2015, 131f.
- ALBERTI, V. **Manual de História Oral**. 3.ed.rev.atual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, Feb. 2004.
- BARATA, R. R. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, São Paulo, n.51, p. 138-145 setembro/novembro 2001.
- BARCELLOS, CC; et. al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situação de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 11(3): 129-138. 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. – São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROS, M. M. L. (org). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 236 p.
- BERNARDINO, Í. M. et al. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2016, vol.19, n.4, pp.740-752.
- BERTAUX, D. La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades. In: MARINA, J.M.; SANTAMARINA, C. (org), **La historia oral: métodos y experiencias**. Madrid: Debate, 1993.
- BOFF, L. **Saber cuidar: a ética do humano compaixão pela terra**. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- BOLLE, W. História e memória, metodologia da história oral. In: DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. **História Oral: memória, tempo, identidade**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 15-31.
- BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 jan. 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 dez. 1999.

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 out. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 out. 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 jul. 2017.

BREILH, J. Uma perspectiva emancipadora da pesquisa e da ação baseadas na determinação social da saúde. In: **Taller Latinoamericano De Determinantes Sociales de la Salud**, de 30 de setembro a 02 de outubro de 2008, na Universidade Autônoma do México, Cidade do México, 2008. Disponível em: [http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/TEXTO\\_DO\\_BREILH\\_em\\_portugues.pdf](http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/TEXTO_DO_BREILH_em_portugues.pdf)

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.** [online]. 2008, vol.25, n.1, pp.5-26.

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

CAMARANO, A.A. **Estatuto do Idoso: avanços com contradições**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2013.

CAMPOS, C.J.G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília (DF), set/out 2004; 57(5): 611-4.

CARVALHO, J.A.M.; BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-369, Dec. 2005.

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: **Condições de Vida e Situação de Saúde** (Org. Rita Barradas Barata). Rio de Janeiro : ABRASCO, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p.113-26.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 11. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CRUZ, M.C.C. **O Conceito de Cuidado à Saúde**. 150 f. Il. 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

- CUNHA, B.S.S. **Envelhecimento e finitude na perspectiva de idosos hospitalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) – UFF/ Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói/RJ, 2013, 178 p.
- DANTAS, K. M. V. P. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa no olhar de idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família.** Dissertação (Mestrado em enfermagem) – UFPB/CCS. João Pessoa / PB, 2015, 56 p.
- DEBERT, G.G. Antropologia e o estudo dos grupos e categorias de idade. In: BARROS, M. M. L. (org). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 236 p.
- DOMINGUES, A. R. O envelhecimento, a experiência narrativa e a história oral: um encontro e algumas experiências. **Revista Psicologia Política.** Vol.14, nº 31. São Paulo.dez 2014.
- EGRY, E.Y.; OLIVEIRA, M.A.C. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. In: EGRY, E.Y (org.) **As necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica:** guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone Editora, 2008.
- FERREIRA, M.C.G. **Representações sociais de qualidade de vida por idosos: contribuição para o cuidado de enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, 2017. 127 f.
- FERRETTI, F. et. al. Viver a velhice em ambiente institucionalizado. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 423-437, 2014.
- FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R.P. (editor). **Determinação social da saúde e reforma sanitária.** Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 37-58. (Coleção Pensar Saúde; vol. 1, no. 1).
- FONSECA SOBRINHO, D. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993.
- FREITAS, M.C.; et. al. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. **Rev Latinoam Enfermagem** 2002; 10(2):221-8.
- FREITAS, C.A.S.L. et. al. The experience of aging: voices of an elderly group. **Rev enferm UFPE on line.** 2010 jan./mar.;4(1):98-105.
- GOFFMAN, E. Estigma e identidade social. In: **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1988, pp. 11-50.
- GROISMAN, D. Formação de cuidadores de idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil. In: MOROSINI, V. G. C.; LOPES, M. C. R.; CHAGAS, D. C.; CHINELLI, F.; VIEIRA, M. (orgs.). **Trabalhadores técnicos em saúde:** aspectos da qualificação profissional no SUS. 1.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 391-419.
- GUEDES, O. S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v.12, n. 1, p. 122-134, jul./dez. 2009.
- GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, S. H.; SUGITA, K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil. **Sociologia & Antropologia**, n. I, 2011, p. 151-80.
- GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2013.

- HADDAD, E. G. de M. **A ideologia da velhice**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2016.
- HECK, R. M.; LANGDON, E.J.M.. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: MINAYO, C; COIMBRA JR (orgs), 2002. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.
- HELLER, A. **Teoría de las necesidades em Marx**. Barcelona: Península; 1986.
- HIRATA, H. O trabalho de cuidado – Comparando Brasil, França e Japão (Dezembro 10, 2016). **Revista Internacional de Direitos Humanos SUR** 24 - v.13 n.24, 53 - 63, 2016.
- IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 14a. Ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- IBGE. **Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI / Adma Hamam de Figueiredo, organizadora**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia, 2016, 435p.
- IBGE. **Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- KERTZMAN, O. F. **“Velho, é o outro!”: a experiência do envelhecimento de idosos usuários do Núcleo de Atenção à Saúde do Idoso**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. São Paulo/SP, 2004, 150 p.
- KUZNIER, T.P.; LENARDT, M.H. O idoso hospitalizado e o significado do envelhecimento. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v.1, n.1, Minas Gerais, 2011, p.70-79.
- KRUG, Juliana. O direito à educação, seu desenvolvimento jurídico e histórico. **Revista Diálogos**, Rio Grande do Sul: Canoas, p. 13-42, jul.- dez. 2010.
- LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2013.
- LANG, A.B.S.G. **Trabalhando com história oral: reflexões sobre procedimentos de pesquisa**. Cadernos CERU, série 2, (11), 2000.
- LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**. Belo Horizonte: UFMG, 1999. 340 p.
- LEITE, M. T. S. et al. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2014, vol.22, n.1, pp.85-92.
- LEITE, F.R.; CADEI, M.M.S. Analfabetismo funcional: uma realidade preocupante. **Revista Científica do Instituto Ideia**, nº 01, RJ, Abril-Setembro 2016.
- LENOIR, R. Objeto sociológico e problema social. In: MERLLIÉ, D. et al. **Iniciação à Prática sociológica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996, pp. 59-106.
- LOBATO, A. T. G. Serviço Social e Envelhecimento: perspectivas de trabalho do Assistente Social na área da saúde. In: BRAVO, M. I. S; VASCONCELLOS, A. M. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.
- MARX, K. **O Capital**, Livro I, volume I. São Paulo: Nova Cultural, 1996.
- MEIHY, J. C. S. B. Definindo história oral e memória. **Cadernos CERU**, série 2, (5), 1994.
- MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

- MEIHY, J. C. S. B. Palavras aos jovens oralistas: entrevistas em história oral. **Oralidades**, São Paulo: Revista do Núcleo de Estudos em História Oral da USP, a, v. 2, 2008, p. 141 – 150.
- MEIHY, J. C. S. B.; RIBEIRO, S. L. S. **Guia prático de história oral**: para empresas, universidades, comunidades, famílias. São Paulo: Contexto, 2011.
- MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. 2.ed., 5ª reimpressão. – São Paulo: Contexto, 2017.
- MELO, D.S. et al. Avaliação da responsividade de um serviço de saúde público sob a perspectiva do usuário idoso. **Rev Saude Publica**. 2017;51:62.
- MENDES, C.K.T. et al. Atendimento para idosos na Atenção Básica de Saúde: representações sociais. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, 2013. jan./mar.
- MENEZES, T.M.O.; LOPES, R.L.M. Significado do cuidado no idoso de 80 anos ou mais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 240-7, jun. 2012.
- MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.
- MERIGHI, M.A.B. et al. Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado. **Rev Esc Enferm USP**, 2013; 47(2):408-14.
- MINAYO, M. C. S. Expressões culturais de violência e relação com a saúde. In: **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection, pp. 83-107.
- MINAYO, M. C. S. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. Prefácio. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (orgs.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. (15-19). São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- MINAYO, M.C.; COIMBRA Jr, C.E.A. Entre a liberdade e a dependência (introdução). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [online]. 2016, vol.19, n.3, pp.507-519.
- MOTTA, A.B. Chegando pra idade. In: BARROS, M. M. L. (org). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 236 p.
- MOTHÉ, T. O. B. O impacto econômico real da mudança demográfica esperada no Brasil. **Revista da ABET**, v. 16, n. 1, Janeiro/Junho de 2017.
- OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 5.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- OLIVEIRA, N.H.D. **Recomeçar**: família, filhos e desafios [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 236 p.
- OLIVEIRA, R.; VALLA, V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-88, 2001. Suplemento.

OMRAM, A. R.,. **The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change.** Milbank Memorial Fund Quarterly, 49 (Part 1), 1971: 509-538.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**, 1946.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** Genebra, 2015.

OXFAM. **Relatório “A distância que nos une – Um retrato das desigualdades brasileiras”.** Oxfam, Brasil, setembro de 2017.

PAIM, J. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2007.

PAIM, J; et. al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Lancet. (Série Brasil) [Internet]. 2011; 11-31.

PAIVA, S.O.C. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital.** 1.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

PARKER, R. Intersecções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, S. e VILLELA, W (orgs). **Estigma e Saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013, pp. 25-46.

PAULIN, L.F. da S. Método Qualitativo no campo social-histórico: definições e aplicação a propósito do estudo de uma instituição de saúde. In: GRUBITS, S. & NORIEGA, J. A. V. **Método qualitativo: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação.** São Paulo: Vetor, 2004.

PERES, M.A.C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. Soc. estado., Brasília , v. 26, n. 3, p. 631-662, Dec. 2011.

PIGNATTI, M.G.; BARSAGLINI, R.A.; SENNA, G. D. Envelhecimento e rede de apoio social em território rural do Pantanal matogrossense. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, 2011, p. 1469-1491.

PINHEIRO, R; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2013.

PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013. 2013.

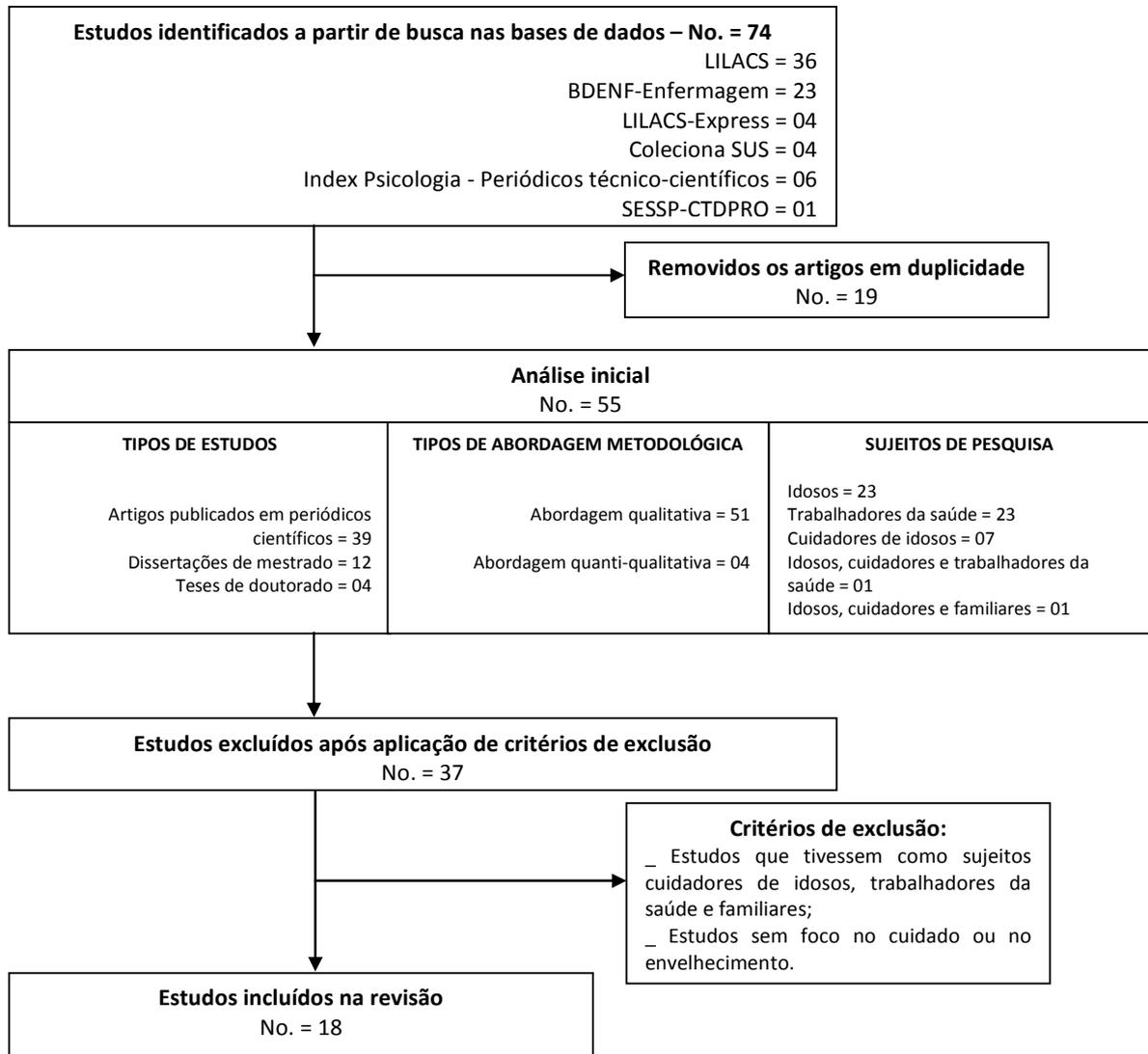
PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI. **Diagnóstico Técnico – Estratégias para uso e ocupação do solo na Região de Pendotiba,** Secretaria de Urbanismo e Mobilidade, 2015, 183 p.

ROCHA, P. R.; DAVID, H.M.S.L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev Esc Enferm USP**; 49(1):129-135, 2015.

ROSSETO-MAZZA, M. M. P. **O cuidado em família sob o olhar do idoso.** Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

- SANTOS, W.J.; GIACOMIN, K.C.; FIRMO, J.O.A. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2014, vol.19, n.8, pp.3441-3450.
- SARTI, C. A. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas: Autores Associados, 1996.
- SCHRAIBER, L.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.29-47.
- SILVA, S. M. V. Inovações nas políticas populacionais: o planejamento familiar no Brasil. **Scripta Nova**, Barcelona, v. 4, n. 69 (25), 2000, p. 44-60.
- SILVA, M.G.; BOEMER, M.R. Vivendo o envelhecer: uma perspectiva fenomenológica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, 2009, p. 380-386.
- SILVA JÚNIOR, A.G.; PONTES, A.L.M.; HENRIQUES, R.L.M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (orgs). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005, p. 93-110.
- SOUZA, A. B. L.; BELEZA, M. C. M.; ANDRADE, R. F. C. Novos arranjos familiares e os desafios ao direito de família: uma leitura a partir do tribunal de justiça do Amazonas. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, n. 5, p. 105-119, dez. 2012
- SOUZA, A.C.; LOPES, M.J.M. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. 2007, vol.41, n.1, pp.52-56.
- SOUZA, I.A.L.; MASSI, G. A saúde fonoaudiológica a partir do discurso do idoso institucionalizado. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2015, p. 300-307.
- STOTZ, E. N. **Necessidades de Saúde: mediações de um conceito – contribuições das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde**, 1991. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: Cadernos de textos**; 2004.p.284-99.
- STOTZ, E.N. Necessidades de saúde: conceito, valor e política. **Intervozes: trabalho, saúde, cultura**. Petrópolis, v. 1, n. 1, p 66-75, maio/outubro 2016.
- TAHAN, J.; CARVALHO, A.C.D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 878-888, Dec. 2010 .
- THOMPSON, P. **História oral e contemporaneidade**. Palestra realizada na Universidade Federal de Minas Gerais, em Belo Horizonte, a 29 de agosto de 2000. Tradução de Andréa Zhouri e Lígia Maria Leite Pereira.
- VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. **Transição demográfica: a experiência brasileira**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012.
- VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2018, vol.23, n.6, pp.1929-1936.

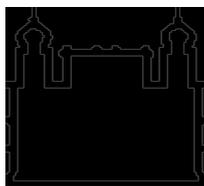
## APÊNDICE A – Fluxograma do levantamento bibliográfico



## APÊNDICE B – Características dos trabalhos do levantamento bibliográfico

Nº do resultado	Local do Estudo	Título	Autoria	Objetivo	Percepção de idosos sobre	Sujeitos de pesquisa	Tipo de material	Ano	Caracterização socioeconômica dos sujeitos
1	Niterói / RJ	Envelhecimento e finitude na perspectiva de idosos hospitalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem	CUNHA, B.S.S.	Descrever a trajetória de vida do idoso, identificar a perspectiva de envelhecimento e finitude na trajetória de vida do idoso hospitalizado, discutir as implicações dessas perspectivas para o cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado.	Envelhecimento	Homens e mulheres	Dissertação de Mestrado	2013	Sim
2	Curitiba / PR	O idoso hospitalizado e o significado do envelhecimento	KUZNIER, T.P.; LENARDT, M.H.	Interpretar o significado do envelhecimento para o idoso internado em hospital de grande porte de Curitiba-PR.	Envelhecimento	Homens e mulheres	Artigo publicado em revista de Enfermagem	2011	Sim
3	Sobral / CE	Vivendo o envelhecer: vozes de um grupo de idosos	FREITAS, C.A.S.L. et. al.	Analisar a percepção de um grupo de convivência de idosos em Sobral-CE acerca do processo de envelhecimento, conhecer os sentimentos e expectativas dos idosos, averiguar as dificuldades vivenciadas pelos idosos nesta fase da vida.	Envelhecimento	Homens e mulheres	Artigo publicado em revista de Enfermagem	2010	Sim
4	? / Região Centro-Oeste do Brasil	Vivendo o envelhecer: uma perspectiva fenomenológica	SILVA, M.G.; BOEMER, M.R.	Compreender o envelhecimento sob a perspectiva daqueles que estão em idade considerada avançada, pois as inquietações estão aí refletidas.	Envelhecimento	Homens e mulheres	Artigo publicado em revista de Enfermagem	2009	Não
5	São Paulo / SP	Velho, é o outro! a experiência de envelhecimento de usuários do Núcleo de Atenção à Saúde do Idoso	KERTZMAN, O.F.	Conhecer a experiência subjetiva do processo de envelhecimento em idosos com 60 anos ou mais, usuários do Núcleo de Atenção à Saúde do Idoso – Coordenadoria Municipal de Saúde/Subprefeitura Sé-SP.	Envelhecimento	Homens e mulheres	Dissertação de Mestrado	2004	Sim
6	Teresina / PI	Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável	ALÊNCAR, M.S.S.; BARROS JR, F.O.; CARVALHO, C.M.R.G.	Analisar a contribuição da educação nutricional a partir das suas dimensões socio-políticas que permeiam a promoção da saúde.	Cuidado prestado por universidade	Homens e mulheres	Artigo publicado em revista de Nutrição	2008	Não
7	Rio de Janeiro / RJ	Representações sociais de qualidade de vida por idosos: contribuição para o cuidado de enfermagem	FERREIRA, M.C.G.	Identificar as representações sociais construídas por idosos sobre qualidade de vida; Analisar as práticas de cuidado adotadas pelos idosos, relacionadas a qualidade de vida.	Cuidado prestado por serviço de saúde (unidade de Saúde da Família)	Homens e mulheres	Dissertação de Mestrado	2017	Sim
8	João Pessoa / PB	Caderneta de saúde da pessoa idosa no olhar de idosos atendidos na estratégia saúde da família	DANTAS, K.M.V.P.	Conhecer as representações sociais de idosos sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e suas influências na adesão pelos idosos no contexto da Atenção Básica.	Cuidado prestado por serviço de saúde (unidade de Saúde da Família)	Homens e mulheres	Dissertação de Mestrado	2015	Sim
9	João Pessoa / PB	Atendimento para idosos na atenção básica de saúde: representações sociais	MENDES, C.K.T. et. al.	Avaliar o atendimento oferecido ao idoso na atenção básica na perspectiva das representações sociais.	Cuidado prestado por serviço de saúde (unidade de Saúde da Família)	Homens e mulheres	Artigo publicado em revista de Enfermagem	2013	Sim
10	Ribeirão Preto / SP	Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida	TAHAN, J.; CARVALHO, A.C.D.	Analisar as percepções dos idosos em relação à sua qualidade de vida após a adesão a Grupos de Promoção de Saúde (GPS).	Cuidado prestado por serviço de saúde (unidade de Saúde da Família)	Homens e mulheres	Artigo publicado em revista de Saúde Pública	2010	Sim
11	São Paulo / SP	Mulheres Idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado	MERIGUI, M.A.B. et.al	Compreender a vivência da mulher idosa, suas necessidades e expectativas nesse período da vida.	Cuidado prestado por serviço de saúde (Ambulatório do Hospital Universitário)	Mulheres	Artigo publicado em revista de Enfermagem	2013	Sim
12	Barão de Melgaço / MT	Envelhecimento e rede de apoio social em território rural do Pantanal matogrossense	PIGNATTI, M.G.; BARSAGLINI, R.A.; SENNA, G. D.	Analisar a relação do envelhecimento com as redes de apoio social, cotejadas pela discussão de território, procurando evidenciar tal relação em comunidades rurais do Pantanal matogrossense.	Cuidado prestado por rede de apoio social	Homens e mulheres	Artigo publicado em revista de Saúde Pública	2011	Sim
13	? / Região Centro-Sul do Paraná	A saúde fonoaudiológica a partir do discurso do idoso institucionalizado	SOUZA, I.A.L.; MASSI, G.	Apresentar o perfil da saúde fonoaudiológica, a partir da percepção dos idosos residentes numa Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), filantrópica, de um município da região centro-sul do interior do Paraná.	Cuidado prestado por ILPI	Homens e mulheres	Artigo publicado em revista de Fonoaudiologia	2015	Sim
14	? / Oeste de Santa Catarina SC	Viver a velhice em ambiente institucionalizado	FERRETI, F. et.al.	Conhecer o processo de viver a velhice em um ambiente institucionalizado.	Cuidado prestado por ILPI	Homens e mulheres	Artigo publicado em revista interdisciplinar sobre Envelhecimento	2014	Sim
15	São Paulo / SP	O cuidado em família sob o olhar do idoso	ROSSETO-MAZZA, M.M.P.	Identificar o significado, para a pessoa idosa, portadora de alguma incapacidade funcional, sobre o cuidado que é prestado por cuidador familiar.	Cuidado prestado pela família	Homens e mulheres	Tese de Doutorado	2008	Sim
16	João Pessoa / PB	Representações sociais sobre o cuidado construídas por idosos	ARAÚJO, V.S.	Explorar as representações sociais sobre cuidado construídas por mulheres idosas frente ao envelhecimento humano.	Cuidado no geral	Mulheres	Tese de Doutorado	2015	Sim
17	Salvador / BA	Significado do cuidado no idoso de 80 anos ou mais	MENEZES, T.M.O.; LOPES, R.L.M.	Compreender o significado do cuidado no idoso de 80 anos ou mais	Cuidado no geral	Homens e mulheres	Artigo publicado em revista de Enfermagem	2012	Sim
18	Porto Alegre / RS	Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa	SOUZA, A.C.; LOPES, M.J.M.	Conhecer e compreender o uso de práticas terapêuticas entre idosos residentes em área urbana.	Cuidado no geral	Homens e mulheres	Artigo publicado em revista de Enfermagem	2007	Sim

## APÊNDICE C – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido



**Ministério da Saúde**

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**

**REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado colaborador,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“A voz da experiência: necessidades e cuidado prestado pelos serviços de saúde sob o olhar do sujeito que envelhece”**, desenvolvida por Bárbara Mendonça Macedo, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr.<sup>a</sup> Rosely Magalhães de Oliveira, e co-orientação do Professor Dr. Gil Sevalho.

O objetivo central do estudo é **analisar as percepções de idosos acerca das suas necessidades e do cuidado prestado pelos serviços de saúde durante o processo de envelhecimento, a partir do relato de experiências vivenciadas em suas trajetórias de vida.**

O convite a sua participação se deve ao fato da pesquisa buscar ouvir pessoas com 60 anos ou mais; que residam na área de abrangência da Policlínica Regional do Largo da Batalha há pelo menos 10 anos; que, neste período, buscaram atendimento de saúde na referida Policlínica; que apresentem condições físicas e mentais de serem entrevistados; e, sobretudo, que aceitem contribuir com a pesquisa com seus relatos.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou sanção. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Caso haja o seu consentimento para esta pesquisa, a sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto, inclusive fornecendo informações socioeconômicas, que serão mantidas em sigilo e confidencialidade. O áudio desta entrevista será gravado, e o(a) senhor(a) será claramente informado(a) sobre o início e o término da gravação. Caso, em algum momento da entrevista, o(a) senhor(a) deseje interromper a gravação, basta solicitar à pesquisadora e sua solicitação será atendida. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 2h30minutos.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seus orientadores. Ao final da pesquisa, todo

material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

É importante registrar que os seus dados de identificação serão omitidos na divulgação dos resultados da pesquisa, onde o seu nome será substituído por um codinome/nome fictício, como forma de preservar a sua identidade, e assim conferir confidencialidade e privacidade.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). É importante registrar que, durante a entrevista, algumas perguntas serão realizadas com o objetivo de resgatar a memória de fatos passados ou provocar uma reflexão acerca de situações difíceis de sua vida, que podem causar alguma comoção. Se isso ocorrer, a entrevista será interrompida para o seu conforto. Após o seu restabelecimento, ficará a seu critério continuar imediatamente a entrevista, ou continuar em outro momento oportuno, ou interrompê-la definitivamente, com a finalidade de evitar/ minimizar o dano emocional que esta possa lhe causar.

A pesquisa pode trazer alguns benefícios, sobretudo para a coletividade. Um dos benefícios está na contribuição que as narrativas colhidas poderão fornecer para que se compreenda melhor o processo de envelhecimento a partir do olhar dos próprios sujeitos que estão envelhecendo. A partir dos resultados, as equipes de saúde, assim como gestores locais e municipais de saúde do idoso, poderão basear as suas decisões no conhecimento das necessidades de saúde expressas nas narrativas colhidas. Também se produzirá conhecimento acerca das experiências que sujeitos idosos têm tido com os serviços de saúde, podendo os resultados contribuir para a reformulação de ações e serviços voltados para a população idosa. Outros benefícios também são previstos: fornecer subsídio às demandas das organizações da sociedade civil de luta pelos direitos das pessoas idosas; produzir conhecimento a partir da fala de sujeitos comuns e de suas experiências.

A sua participação na pesquisa ocorrerá em três momentos: no primeiro momento, a pesquisadora recolherá informações pessoais para o seu cadastramento enquanto colaborador da pesquisa. No segundo momento, previamente agendado, de preferência em seu domicílio ou em local de sua preferência (onde seja possível garantir condições necessárias para a realização da gravação e da garantia de privacidade), ocorrerá a entrevista. Após a entrevista, ainda há um terceiro momento que se refere à validação do material produzido pela entrevista, quando o(a) senhor(a) terá acesso à transcrição dos áudios, e poderá autorizar ou não a divulgação do resultado da sua entrevista.

Os resultados da pesquisa serão apresentados aos colaboradores e demais interessados por meio de um evento aberto ao público geral, no auditório da Policlínica Regional do Largo da Batalha, com ampla divulgação, assim como também serão apresentados em instâncias

gestoras da Fundação Municipal de Saúde, de organização da sociedade civil e outras instituições interessadas. Importante reforçar que as identidades dos participantes serão mantidas sigilo, a fim de garantir a confidencialidade das informações fornecidas no processo de pesquisa.

Este documento de registro do consentimento livre e esclarecido para participação nesta pesquisa é redigido em duas vias, sendo uma para o colaborador e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo colaborador e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

A qualquer momento (durante e após a conclusão do processo de pesquisa), o colaborador pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Sra. Bárbara Mendonça Macedo, a fim de receber informações e esclarecimentos sobre a pesquisa, através dos seguintes meios:

Telefone: (21) 98879-8129 / E-mail: [barbara.seso@yahoo.com.br](mailto:barbara.seso@yahoo.com.br)

Endereço institucional: Rua Reverendo Armando Ferreira, s/nº, Largo da Batalha (Policlínica Regional do Largo da Batalha).

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Telefone e fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863 / E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Niterói, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

---

Assinatura do Pesquisador – (pesquisador de campo)

Nome do pesquisador de campo:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “A voz da experiência: necessidades e cuidado prestado pelos serviços de saúde sob o olhar do sujeito que envelhece” e concordo em participar.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

## APÊNDICE D – Ficha de Cadastro do Colaborador

		Data de preenchimento:
Nome do Colaborador:		
Local e data de nascimento:		Idade:
Endereço atual: Rua		nº
Bairro:	Cidade:	UF:
CEP:	Telefone(s):	
Ponto de referência:		
Tempo de moradia na região:		
Documento de identidade:		Tipo:
Local e órgão emissor:		
Estado civil:		Nº de filhos:
Escolaridade:		
Ocupação atual:		Renda mensal:
Ocupações anteriores:		
Serviço(s) que utiliza/já utilizou na policlínica:		
Observações:		
Data de assinatura do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):		

Projeto de pesquisa: “A voz da experiência: necessidades e cuidado prestado pelos serviços de saúde sob o olhar do sujeito que envelhece”.

Pesquisadora responsável: Bárbara Mendonça Macedo.

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / Fiocruz

## APÊNDICE E – Quadro de alinhamento metodológico

<b>QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS</b>
<b>CENTRAL</b> - Como os idosos percebem as suas necessidades e o cuidado prestado pelos serviços de saúde diante do processo de envelhecimento específico que eles têm experimentado?	<b>OBJETIVO GERAL</b> - Analisar as percepções de idosos acerca de suas necessidades e do cuidado prestado pelos serviços de saúde durante o processo de envelhecimento, a partir do relato de experiências vivenciadas em suas trajetórias de vida.	<b>FICHA DE CADASTRO DOS COLEABORADORES</b>  (Caracterização socioeconômica dos idosos)  +  <b>ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> (História oral temática)
Como tem sido o processo de envelhecimento para distintos sujeitos e quais as suas necessidades individuais e sociais?	<b>Objetivo específico (1)</b> - Conhecer as diferentes percepções sobre o processo de envelhecimento e as necessidades individuais e sociais dos idosos, abordando as suas trajetórias de vida.	<b>1ª PARTE DO ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>  * Fale sobre a sua trajetória de vida ( <b>para o pesquisador</b> : pontos importantes de abordagem - família, lugares, trabalho). * Como tem sido a sua experiência de envelhecer? * Que necessidades o(a) senhor(a) passou a ter com o envelhecimento? * Como era antes?
Como os sujeitos percebem o cuidado prestado pelos serviços de saúde?	<b>Objetivo específico (2)</b> - Conhecer as percepções dos idosos acerca do cuidado prestado pelos serviços de saúde, considerando as suas necessidades individuais e sociais.	<b>2ª PARTE DO ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>  * Como era ser atendido pelos serviços de saúde antes do envelhecimento? * Como tem sido a sua experiência com o atendimento dos serviços de saúde enquanto idoso?
O cuidado oferecido atende às necessidades dos idosos?	<b>Objetivo específico (3)</b> - Discutir a relação entre as experiências de envelhecimento e de cuidado prestado pelos serviços de saúde, diante das necessidades individuais e sociais apontadas pelos idosos.	<b>3ª PARTE DO ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>  * Como se sente diante do cuidado oferecido pelos serviços de saúde em relação às suas necessidades?

Projeto de pesquisa: “A voz da experiência: necessidades e cuidado prestado pelos serviços de saúde sob o olhar do sujeito que envelhece”.

Pesquisadora responsável: Bárbara Mendonça Macedo.

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / Fiocruz

APÊNDICE F – *Corpus* documental

## Colaborador(a) nº 01 – Íris (Rede A)

**“Só vou lá quando eu passo mal mesmo...”**

Meu nome é Iris. Eu nasci aqui na região de Pendotiba mesmo, no Sapê, onde agora é conhecido como Buraco ou Meu Cantinho. Eu nasci ali. Minha mãe nos criou todos bons. Pobreza, né? A gente pegava marisco na praia, trazia para casa, cozinhava. Naquela época, a gente comprava um pouquinho de fubá na quitanda ou no mercadinho que tinha na Cachoeira, por quinhentos réis. Aí a gente trazia e cozinhava no fogo à lenha. Descascava marisco, e depois cozinhava com fubá, e depois comia. Esta era a comida da gente. Almoço e janta era aquilo. Dia sim, dia não a gente tinha que ir à praia, pegar marisco. Ia passando pelo mato, catando lenha, cortando pedaço de pau, rachando lenha com machado. Era um pau bem grosso, que a gente cortava em três ou quatro pedaços pra poder botar o fogo, e depois acendia com papel. Não existia luz elétrica. Nós usávamos lamparina, querosene. O nosso trabalho era lavar muita roupa para fora. A gente tinha dez lavagens de roupa, eu e minha mãe. Tanto que ela morreu e eu fiquei com as dez lavagens de roupa. Só que eu não agüentei ficar lavando aquilo tudo, porque eu tive um derrame, e tive que entregar algumas delas. Eu fiquei só com duas lavagens, ainda por oito anos, até a dona falecer. Isso foi no começo da minha vida, quando eu me casei. Nós viemos pra cá. Isso aqui era um barraquinho prestes a cair. Eu e ele fomos trabalhando para firmar a casa. Levantamos tijolo daqui, tijolo dali. Naquela época eu ainda lavava roupa pra fora e ele trabalhava de guarda noturno. A gente não ganhava quase nada, era aquela “mixariazinha” de três ou quatro mil réis. E eu sempre cuidando da casa e dos seis filhos. Eu tive cinco filhos, e uma eu criei.

Na minha família, éramos seis irmãos, três mulheres e três homens. Meu pai trabalhava na fábrica, até ficar tuberculoso. Foi uma tuberculose galopante. Ele só durou três meses, na cama. Chegou a se tratar no dispensário das irmãs de caridade, que fica em Icaraí, na Rua Mariz e Barros. Lá não se tratava só de tuberculose não. Tinha médico para tudo ali. Tudo. Minha mãe levava a gente sempre lá, por qualquer doença ela carregava a gente pra lá. E as irmãs de caridade também vinham em casa, inclusive as freiras que eram médicas. Para cuidar do meu pai, veio até um padre, na hora em que ele estava falecendo. Minha mãe foi bem depressa lá no dispensário, e chamou o padre. O padre veio e meu pai fez a passagem ali mesmo, sentado. Morreu sentado, num banco. Nem era um banco assim não, bem acabado. Era um banco de caixote, de tábua.

A gente cortava o pau, pegava as tábuas e fazia banco pra gente sentar. Ou então sentava no chão puro mesmo. Não tinha piso, não tinha nada. A casa era feita de sopapo. As paredes eram de bambu, que a gente amarrava por dentro e por fora. Minha irmã amarrava por fora e eu por dentro, meus irmãos também. Todos já morreram. E desse jeito, a gente, um por dentro e outro por fora, fechava as paredes para ter um cantinho para dormir. A nossa vida foi essa. Era um barraco. Era um galinheiro. Depois que eu me casei vim para aqui. Eu cheguei aqui e também era um barraco. Só tinha dois cômodos, que era a metade daquela sala e um pequeno cômodo aqui também. O resto eram paredes caindo. A gente foi consertando, devagar, até ficar como está. Eu e meu marido. Eu que era servente dele.

Mas ele nunca me deu valor... Eu fiz tudo o que pude por ele. Sempre fui sincera. Ele foi o primeiro homem na minha vida, primeiro namorado, primeiro casamento. Eu estava grávida do meu garoto quando me casei com ele. Hoje meu filho tem 67 anos. Eu já tinha os outros filhos, quando meu marido fez questão de casar para que eu tivesse os direitos de esposa. Fomos lá ao cartório, com a minha irmã sendo a madrinha e o meu cunhado sendo o padrinho.

Sobre envelhecer, percebo a minha situação sempre muito difícil. Mas eu não me queixo não, porque meus filhos são muito bons para mim. Meus filhos me dão muito valor, olham por mim e estão sempre junto comigo. Essa que eu criei então, ela é muito boa pra mim. Ela me chama de tia, mas me considera como mãe. Meu neto também, que é o filho dela, eu criei desde pequenininho, quando estava com a idade de nove meses. Ela casou, mas não deu certo e o pai do menino foi embora. Aí ela precisou trabalhar e eu criei o garoto também. Eu sou avó e mãe dele, ao mesmo tempo. E ele me considera muito. Com o tempo, o que mudou muito foram os problemas que meu marido arrumou, amante na rua, essas coisas. Ele me batia muito, quando eu tinha uns 39, 40 anos. De lá pra cá é aquilo, né? Perdi a saúde.

Com 30 anos eu já tinha tido um infarto. Bem depois disso, eu encontrei um médico bom, particular, pra cuidar de mim. A consulta dele custa R\$ 800. Mas como a minha filha, que é técnica de Enfermagem, trabalhava com ele numa clínica em Icaraí, ele me atendia lá. Ele não cobrou nada pra gente não, por conta do conhecimento que minha filha tinha com ele. E até hoje ele não cobra nada, e continua me acompanhando. Tem 20 anos que eu me trato com ele. Ele atende num consultório em Icaraí, e está marcado o meu retorno no próximo mês. De três em três meses eu me consulto com ele, que é cardiologista. O meu coração é grande, e eu já enfartei e tive dois derrames. Ele já era professor do Hospital Universitário, e cuidou de mim lá quando eu enfartei. Mas, fora este problema do coração, eu trato tudo na policlínica. Quando eu passo mal, é pra emergência da policlínica que me levam. Agora

então, mais velha, eu passei a ir mais ali, que é mais próximo. Mas você sabe como é posto de saúde, né? Não dão atenção direito às pessoas. A gente chega e não dão atenção. Esse meu médico cardiologista senta, conversa, pergunta, ele faz um monte de coisas. Ele é clínico geral e é cardiologista também. Ali na policlínica não. Por isso eu **só vou lá quando eu passo mal mesmo**, quando eu caio no quintal, me carregam no colo. Eu não tenho médico firme ali não. Para marcar consulta, a gente precisa sair de casa ainda durante a madrugada. A gente perde muito tempo ali. Agora então, no estado em que meu marido está, acamado e bastante debilitado, não tem como a gente ter um médico firme pra cuidar de mim ali.

Quando penso nas minhas necessidades de saúde hoje, eu já nem sei, porque é muito complicado. Eu sinto muitas dores, nas costas, nas pernas, não posso andar muito. Quando eu ando, eu me sinto muito cansada. As pernas doem tanto que me dá vontade ajoelhar, principalmente depois que tive chikungunya, há poucos meses. A minha vida mudou quando a doença pintou, e eu não esperava isso pra mim não. Não esperava... Hoje a área de saúde ainda está melhor que antigamente. Antigamente não tinha nada neste Largo da Batalha. Aqui só tinha um caminho. A gente passava por este caminho, que subia ali por onde hoje em o supermercado, e saía do lado de lá, no Sapê, onde a gente morava. O caminho na verdade era um trilho, onde só passava uma pessoa de cada vez. A minha mãe colocava os filhos todos na frente dela, e ia atrás, tomando conta da gente, com medo de acontecer alguma coisa, ter alguma pessoa no meio da rua. Lá uma vez ou outra aparecia uns “marrudos” no caminho. Mas a minha mãe andava sempre com um pedaço de pau na mão. Ela era filha de índia, era danada. E ninguém botava a mão na gente não. A gente segurava nas barras da saia dela, que saía arrastando a gente, e protegia igual galinha quando está chocando ovo. Aqueles que iam ficando de fora do caminho, ela ia puxando pra dentro. Ela era assim. Protegeu a gente até enquanto pôde. Morreu com 67 anos, de trombose.

Ela teve chance de se tratar porque meu marido trabalhava no posto de saúde de Itaipu, no Engenho do Mato. Antes ele trabalhava de guarda noturno no Diário Oficial, e depois começou a trabalhar lá no posto de Itaipu, como segurança. Como ele conhecia todo mundo lá, os médicos vinham em casa ver a minha mãe, que morava aqui comigo. Eu cuidei dela. O cuidado era dar banho nela, levar para médico, levava na rodoviária para receber o Funrural dela. Para receber este dinheiro, a gente a levava arrastando. Nesta época não tinha condução, não tinha conhecimento nenhum com alguém que tivesse carro para levar. Tinha que levar no ônibus, descer e ir arrastando ela até chegar lá na rodoviária pra pegar o dinheirinho dela. Eu consegui o Funrural pra ela. Depois, ela foi só se prostrando, até ter uma trombose, e não ter mais jeito. Ela morreu em casa. Meu marido foi correndo lá no posto de Itaipu, buscar um

médico. Mas quando o médico chegou disse que era para levar para a emergência, que ela já estava fazendo a passagem. Ele virou as costas, e ela morreu. Eu tenho essa experiência de ter cuidado da minha mãe.

Eu também cuidei da minha tia, quando ela amputou a perna. Ela caía da cama, gritava, e eu ia lá tirar ela do chão, e colocar de volta na cama. Dava banho, trocava fralda, limpava. Eu contava com a ajuda de uma vizinha, que morava aqui do lado, e que já faleceu também. Ela que me ajudava. E daí pra frente foi só cuidar dos doentes. Eu já tenho experiência nisso. Já com o meu marido, hoje, eu não consigo mais. São os filhos que fazem.

Mas os serviços de saúde não atendem o que a gente precisa. Eles só atendem quando têm uma chance. Quando não têm, não atendem. Hoje tem mais recurso que tinha no passado, mas a área de saúde continua difícil. Para alguém conseguir pegar número para o atendimento médico na policlínica, a pessoa precisa sair de casa às quatro horas da manhã. Às vezes pega, às vezes não pega. Tem até gente que dorme lá! Isso é uma coisa errada! Imagina passar a noite na fila, esperar distribuir números de atendimentos até as sete horas da manhã, e não conseguir... Aí tenta para outro médico, mas não tem vaga pra ele também. Pode tentar encaixe, mas não há certeza de que dará certo. Às vezes não dá. Dali a pouco chega o médico e diz que só pode atender mais duas pessoas. Mas tem quatro pessoas esperando! Aí a pessoa volta para casa sem conseguir resolver nada. Perde uma noite de sono, passa frio, às vezes com chuva. Muitos conhecidos já passaram por isso, vizinhos meus vão e voltam sem ser atendidos. Não tem como. Não tem médico certo aí no posto não.

Hoje só o atendimento domiciliar que dá uma assistência muito boa para gente, graças a Deus! Agradeço muito a Deus! Triste da gente se não fosse o SADI. A equipe é boa, trata muito bem as pessoas. Os profissionais cuidam da gente, e ajudam no que podem. Porque são muitos gastos, com remédio, com fraldas, e a equipe ajuda a gente com remédios, quando têm lá na policlínica. Eu até já fui à antiga Legião da Boa Vontade, que agora é CRAS, pra ver se conseguia ajuda, cesta básica. Mas a mulher disse que não podia porque eram só três pessoas dentro da casa, que a gente não precisava. Agora preciso ir lá para tentar conseguir a tarifa social na minha conta de luz, porque a minha conta está vindo R\$ 500,00. Já fui lá várias vezes e nada. Agora vou voltar outra vez.

**Colaborador(a) nº 02 – Margarida (Rede A)**

*“Eu preciso mesmo é ter umas noites de descanso...”*

Olha, eu nasci na roça, numa fazenda que ficava perto de Higienópolis, no estado de Minas Gerais. Meus pais eram muito pobres, e trabalhavam para trocar o que conseguiam

produzir por comida. Não havia dinheiro. Pra estudar, a gente tinha que andar a pé para uma escola que ficava bem longe de casa. Podia até estar chovendo, que a gente tinha que ir caminhando pela estrada afora, encontrando boi pelo caminho. Eu cheguei a estudar um pouco nesta escola, mas não era fácil! O meu pai não podia nem comprar os cadernos pra mim e para os meus irmãos. Então o que a gente fazia? Quando terminava a colheita de milho, ou de arroz, ou outra coisa que a gente plantava, sempre ficava um restinho da colheita. Aquele restinho, eu, com meus irmãos e vizinhos, catávamos e vendíamos para, com o dinheiro, comprar cadernos e sandálias. Não tinha tênis, a gente usava sandália. Eu e meus três irmãos íamos até uma vendinha que existia na roça, e lá vendíamos o resto do milho. Na verdade, eles compravam para ajudar a gente. Já os livros, a gente conseguia emprestados na escola. Nós tivemos uma vida muito difícil! Mas, quando eu era criança, eu via aquela pobreza toda como normal.

Uma vez, quando eu era criança, caí doente, com umas placas vermelhas por todo o meu corpo. Diziam que era doença de sapo, e não tinha nada que curasse. Foi quando me levaram no farmacêutico – muito louca a minha história! – e ele inventou uma pomada preta, que eu passei e melhorei. Fiquei bem. Eu lembro que, pra esconder as manchas, eu vestia o paletó do meu pai, que virava um vestido pra mim. Até pouco tempo atrás, quando a minha mãe ainda estava viva, nem ela sabia explicar o que me aconteceu.

Quando eu estava com 11 anos, meus pais se mudaram, saíram lá da roça. Lá já não estava dando pra se viver, devido às dificuldades. O meu avô já tinha ido morar em Muriaé, e os meus pais também quiseram se mudar pra lá. Depois da mudança, parei de estudar e comecei a trabalhar em casa de família, para ganhar um dinheiro e comprar alguma coisinha, uma roupa. Eu fui ser babá, e, além de tomar conta de criança, ajudava a patroa com o serviço de casa, enquanto os meus irmãos ajudavam meu pai na roça.

Quando fiz 13 anos, já comecei namorar. Eu pedia a Deus uma saída, porque eu não agüentava mais aquela vida. Meu pai bebia muito, espancava minha mãe. A gente via aquilo, não podia fazer nada. Eu me casei com 15 anos, mas continuei a trabalhar e ajudar a minha mãe. Foi preciso a assinatura do juiz, pra autorizar o casamento, porque eu era muito nova. Eu queria de qualquer jeito. Nem conhecia o meu marido direito. Eu queria me casar pra poder sair de casa. Não existia aquele amor...

Quando eu me casei, voltei a morar na roça de novo, mas em outro lugar. Com 16 anos engravidei do meu primeiro filho. Não podia evitar gravidez porque, toda vez que tomava remédio, começava coceira, hemorragia, e o médico mandava parar por um mês. Aí eu parava, e ali naquele intervalo, eu pegava filho de novo. Era assim. Eu me consultava com

médico no atendimento público em Muriaé, já que nunca podia ir ao particular. Depois, quando meu filho já estava quase nascendo, nós éramos novos – meu marido com 18 anos e eu com 16 –, eu fui pra casa da minha mãe, que era em Muriaé, na cidade. Fui pra lá porque ele me deixava sozinha em casa, grávida, sem telefone, sem luz elétrica, sem nada. Era uma fazenda, longe da cidade, onde só se escutava o barulho dos bichos. Um dia resolvi ir embora daquele lugar. Eu escutava a noite. Era uma casa de sapê, aquela casa de barro. Pau a pique... Uma noite, alguém bateu na parede e o torrão de barro caiu dentro de casa. E eu sozinha lá. Sem luz, luz de querosene. Ali eu falei: “Ah, não! Deixa amanhecer que eu vou lá para casa da minha mãe”. De manhã, peguei carona num caminhão de leite. Meu marido tinha ido pra cidade, e ficava à noite por lá. Ele gostava muito de uma “baguncinha”. Não tinha ônibus, e eu tive que subir no caminhão de leite. Ao invés do cara me deixar sentar na cabine, mandou que eu sentasse lá atrás, com aquelas latas de leite sacudindo. Eu lembro que estava com um vestido verde, um barrigão. Só com muita fé... Quando cheguei na casa da minha mãe, ela até estranhou, né? Perguntou o que eu estava fazendo ali, sem meu marido... Eu disse que tinha voltado pra casa porque ficava sozinha, e até via assombração! Eu não ia voltar pra roça mais não e ela me deixou ficar lá. Meu marido foi atrás de mim, na casa da minha mãe, pedindo para eu voltar. Eu mandei até ele jogar as coisas fora, que pra lá eu não voltava. Ele ficou chorando, e brigou comigo. Mas eu não voltei.

Foi quando ele arrumou uma casa pra gente ficar em Muriaé. Ali que eu tive meus quatro filhos. O mais novo veio pra Niterói com um ano e pouco. Aqui eu engravidei de novo, e tive a minha filha, com 23 anos. Ela é a minha caçula. Ela nasceu aqui mas foi registrada lá em Muriaé. Ela havia nascido há poucos dias, ainda não tinha o registro, e deu vontade de viajar para lá. Na volta, na Rodoviária, não deixaram a gente embarcar com a criança sem o registro. Como aqui em casa todo mundo já era mineiro mesmo, uai, registramos ela lá pra depois vir embora.

Quando viemos pra Niterói, viemos só com a roupa do corpo. Eu lembro ainda que eu calcei sandália errada, uma sandália de uma cor e a outra de outra cor. Nós viemos porque teve uma confusão lá em Muriaé, que envolveu o nome do meu marido. Um negócio de roubo, que ele disse que não tinha nada a ver. Ele jura que nunca fez isso e resolveu vir pra cá pra evitar mais confusão. O pai dele já morava aqui, no Cantagalo. No início, nós moramos com o pai dele, e depois meu marido alugou uma casa pra gente, no Caranguejo. Nesse tempo todo, eu não trabalhava fora, ficava só em casa mesmo. Eu não podia sair porque não tinha ninguém pra ficar com meus filhos. Tudo pequeno, né? Cinco filhos pequenos.

Com 24 anos eu já tinha cinco filhos. Depois do quinto, liguei as trompas. Decidi e pronto! A minha mãe teve 13 filhos, e eu não queria sofrer como ela. Foi aí que eu comecei me tratando, indo ao ginecologista. Às vezes eu sentia muitas dores no corpo, e ia ao clínico geral. Mas do coração, eu não cuidava. Só depois que eu tive infarto, em 2015, é que eu comecei. Tem três anos. Eu tinha 58 anos.

Desde 2008, eu não tenho me preocupado muito comigo. Eu me preocupo mais com meu marido, porque ele teve um AVC. Até essa época, estava tudo bem, tudo tranquilo. Só me aborrecia às vezes, porque todo mundo se aborrece com as coisas, mas eu tentava me controlar. A gente brigava muito por causa dos problemas dele na rua, que não vale à pena nem entrar em detalhes. Eu sofria muito mas não imaginava que mais tarde pudesse acontecer alguma coisa com ele. Em 2006, eu pedi o divórcio. É difícil falar sobre isso, mas eu vou contar... Em 2006, a gente teve uma briga muito feia. Ele dormia fora de casa, e eu tomei a decisão de pedir o divórcio. Eu ia deixar ele ficar aqui, na mesma casa, mas separado de corpos. Mas ele teve o AVC, ficou doente, antes de assinar os papéis. Eu não consegui me divorciar dele. Como eu poderia me divorciar de uma pessoa doente? Seria muito egoísmo meu, muita maldade. Então eu não fiz isso e falei para o meu advogado suspender tudo. Como eu chorei...

Assim que teve o AVC, ele ainda andava um pouco. Uma vez eu o peguei fugindo. Outra vez, mesmo andando pouquinho, ele chegou a pegar uma faca pra me acertar. Eu gritei com ele, e mandei não fazer isso comigo, que ele não era maluco. O tempo passou, e a gente ficava vigiando para ele não cair. Depois de três anos assim, ele chegou a fazer fisioterapia na Pestalozzi, pra não parar de vez. Foi encaminhado da policlínica, esperou a vaga e ficou na fisioterapia por três meses, uma vez por semana. Meu filho, que trabalhava com táxi, era quem levava a gente. Depois o médico suspendeu e falou que não adiantava continuar, porque não estava melhorando, por conta das dores que ele sentia nas pernas, nos braços e nas mãos também. O médico disse que eu mesma poderia levantar ele em casa. Eu andava com ele aqui dentro de casa, na calçada. Mas, o tempo foi passando, cinco ou seis anos depois, ele já não queria mais andar. E eu já não tinha força pra ajudar ele a andar. Porque era muito difícil fazer tudo, descer as escadas... Ele passou a ficar mais em casa mesmo, andava na varanda.

Até que ele parou de andar de vez, não queria mais, sentia muita dor. A gente o levava no médico, que dizia que era assim mesmo. Aí vieram as escaras. Eu estava tratando e tudo, mas eu não sei o que aconteceu, que as escaras foram piorando. Melhorava uma, saía outra. Eu comprava aquelas pomadas, alginato, dersane... Até que, no ano passado, começou a sangrar muito. Depois teve uma melhora, parecia que estava fechando. Quando eu levava ele

na emergência, os médicos falavam pra eu colocar pomada, apertar bem, e colocar ele para dormir de lado. Era assim que a gente fazia, eu e a minha filha. Ela sempre junto comigo. Mas nesse ano agora, em maio, ele estava muito pálido, mesmo se alimentando e tomando remédio direitinho. Nós o levamos mais uma vez ao médico, que pediu exames de sangue e internou-o.

Eu sempre me preocupei mais com ele do que comigo. Porque ele estava precisando mais do que eu. Eu só vou ao médico mesmo, assim, quando estou sentindo dor. Eu só fiz o preventivo porque comi cajá e fiquei com dor no canal da urina. Chegou a pingar sangue... Por isso fui à médica, e aproveitei pra também fazer o exame da mama. A minha filha precisou ficar aqui com o meu marido, porque eu não podia botar estranho dentro da minha casa, sem poder pagar. Foi por conta do cuidado com ele que a minha pressão aumentou. Antes ela era boa, eu não precisava tomar remédio nenhum, e nem acompanhar com o médico. Mas desde que ele ficou doente, em 2008, eu parei de me cuidar. Fez 10 anos agora. Ao invés de eu me cuidar, eu estou cuidando dele, porque eu estou forte ainda, apesar do que aconteceu comigo.

Um dia, houve uma discussão entre os meus filhos, e eu me alterei. Pedi a eles, em nome de Jesus, para pararem de discutir na rua, e sentar num canto, igual gente civilizada, e conversar. Naquela noite, eu não dormi. No dia seguinte, eles brigaram novamente, por causa de um negócio de carro que eu nem sei bem. Um dos meus filhos ficou de mal com todo mundo, e foi morar longe de mim, o que me causou muita tristeza. Eu joelhava, orava, pedia a Deus, mas eu não consegui me conter. Eu chorava muito, como ainda choro. E, por isso, a minha pressão foi subindo e eu comecei a ter dores no estômago. Fui ao médico, e não tinha nada no estômago. Num dia, senti muita dor, e tive que ir durante a madrugada na emergência. Eu estava tendo um infarto. Tudo porque eu discuti. Ou melhor, eu não discuti... Eu chamei a atenção dos filhos, mas ninguém me ouviu, e eu acabei ficando assim. Antes de eu ir para a policlínica, eu tomei um Sonrisal e mastiguei dois Estomazil porque disseram que era bom. Com isso, começou a adormecer um lado todinho meu. Eu só pedia a Deus que tomasse conta do meu marido em casa porque tinha chegado a hora de eu me cuidar. Meu filho foi comigo. Eu fui andando e sentando pela rua afora, até chegar lá, com a ajuda de Deus. Fiquei na emergência de sexta a domingo, quando eu voltei para casa. Depois disso, a minha filha ficou aqui comigo durante uns três meses, porque eu não podia pegar peso. Daí pra cá que eu comecei a me cuidar, ir ao médico.

No mês passado eu fiz o cateterismo, e, graças a Deus, não deu nada grave. O médico achava que a veia estava entupida, mas Deus me curou! Sobre as minhas necessidades de saúde, eu penso que **eu preciso mesmo é ter umas noites de descanso**, que tivesse alguém

pra ficar aqui e cuidar do meu marido enquanto isso. Eu acordo de duas em duas horas à noite, viro ele de lado, eu vejo se a fralda está molhada, porque é bom pra ele. Mas eu não consigo relaxar mais, há muitos anos. Mesmo de dia, eu fico preocupada em deitar e descansar. Eu vou lá primeiro, vejo se está tudo bem. Desse jeito eu não tenho vida. Eu gosto muito de caminhar, mas não tenho conseguido, por conta do cansaço e do desânimo. Eu não estou tendo muita ajuda, porque a minha filha está muito resfriada e o meu filho só pode vir antes do trabalho. Com isso, eu não consigo relaxar, não consigo deitar e dormir.

Antes não era assim. Hoje, com a idade, eu já percebo este cansaço. Eu sempre fui muito ativa, dava conta de todo o serviço de casa e ainda caminhava, e não sentia cansaço, até os quarenta e poucos. Depois dos cinquenta, com estes problemas de saúde do meu marido, as coisas foram mudando. Parece que eu estou com uns setenta anos já. Eu me sinto muito cansada, mais idosa... Eu peço força a Deus para continuar, e não entregar os pontos. Antes eu ia à policlínica e tinha muita dificuldade para marcar consulta médica. Às vezes eu tinha que implorar por um encaixe! Eu sei que tem poucos médicos, que é muita gente para um médico só atender, e que a culpa não é deles.

Agora eu acho que está bem melhor. Eu recebi ajuda da equipe do atendimento domiciliar pra marcar o exame que eu tanto precisava, desde 2015, e não tinha feito. Com a ajuda do SADI, consegui marcar o exame e fazer. Eu achava que estava com veia entupida, com angina, mas o resultado do exame me deixou mais tranqüila porque deu tudo bem. Desde que o meu esposo começou a ser atendido em casa, eu e ele estamos recebendo toda a assistência que a gente precisava. Até ficou mais fácil marcar médico. E o atendimento é bem melhor. Eu acho que as pessoas que chegam exaltadas, discutindo, trazem os seus problemas da rua, porque não tem motivo para isso. As pessoas tratam a gente bem. E não acho que seja porque agora sou idosa. Aliás, a idade só trouxe mais cansaço. Eu, muitas vezes, sinto vontade de fazer mais, ajudar outras pessoas, mas no momento sou eu que estou precisando de ajuda... Por toda a ajuda que eu tenho recebido da equipe de saúde, por toda a atenção, eu creio que um dia eu vou conseguir ajudar outras pessoas. Eu nunca vou reclamar. Só vou orar mesmo pela vida de todos lá da policlínica, todos que vêm em casa atender o meu marido, os enfermeiros, a doutora... Então, eu não tenho que reclamar de nada, só agradecer.

**Colaborador(a) nº 03 – Amarílis (Rede B)**

*“Por incrível que pareça, eu comecei a viver aos 60!”*

Eu sou do norte, da Paraíba. Eu tinha uma irmã e um irmão que vieram pra Niterói trabalhar, e fiquei eu, minha mãe e mais um irmão lá na Paraíba, até que eles nos trouxeram

também. Assim que chegamos, eu fui trabalhar em casa de madame, onde eu trabalho até hoje. Eu tenho 76 anos, e tem uma casa em que eu trabalho como passadeira desde os 33 anos de idade. Sou uma pessoa honesta, nunca quis nada de ninguém. Só quis o que é meu!

Eu sempre fui uma ótima dona de casa, uma ótima filha e mãe de família. Eu me casei bem novinha, com 14 anos de idade, e ele já tinha 30. Aos 15 anos, fui mãe. O meu marido era primo do meu cunhado, e eu casei obrigada pela minha mãe. Foi ele que deu o dinheiro para nós virmos da Paraíba, e por isso minha mãe ficou com uma dívida com ele, que ela não tinha condição de pagar. Quando eu cheguei aqui, já estava tudo arrumado. Eu disse que não queria, mas minha mãe disse que eu casava com ele ou não casava com mais ninguém. Eu dizia à minha mãe que não ia me casar, e que ia me enforcar. Mas eu tive que casar.

Depois que eu casei, eu sofri muito, apanhei muito. Tive oito filhos, seis homens e duas meninas. Depois de 20 anos, o casamento acabou porque ele foi embora, e me deixou com as crianças. Eu resolvi criar meus filhos sozinha, e nunca mais quis saber de outro homem. Eu sou pai e mãe dos meus filhos. Criei bem todos eles, tanto que nenhum deles bebe, nem fuma e nem joga. Eu me lembro, com muita emoção, daquela época, em que eu trabalhava como faxineira, de manhã em uma casa e de tarde na outra. Muitas vezes eu levava restinhos de comida da casa da patroa para os meus filhos comerem... Mas eu venci essa batalha. Eu me sinto uma mulher vitoriosa, uma mãe abençoada. Hoje estão todos casados, me respeitam e me consideram. Quando ele foi embora, eu me perguntava como é que eu ia criar meus filhos, tão novinhos, dar casa, água e luz. Eu sou muito religiosa, e sempre conversei com Deus. Em sonho, Deus me disse que ia me criar e criar meus filhos. Nunca bebi, nunca joguei, nunca fumei.

Eu tenho muito orgulho dos meus filhos. São as coisas mais lindas da face da Terra! Tenho cada filho bonito! Eu me lembro de uma vez que um deles participou de uma despedida de solteiro. Quando eu voltei cansada do trabalho, e me deparei com ele lá na minha rua, sentado com outras pessoas que bebiam cerveja. Ele estava tomando guaraná. Só de olhar pra ele, ele me pediu perdão por estar ali tomando aquele guaraná. Eu fiquei chateada, e disse que, como ele nunca me viu sentada em calçada bebendo na beira da rua, ele também não devia fazer isso. E chamei ele pra ir embora. Em casa, eu chamei a atenção dele e pedi que não repetisse aquilo. E nunca mais fez.

A vida do meu casamento durou 20 anos. Ele arrumou outra e foi embora da minha vida. Eu fiquei lutando. Uns sete dias depois que ele foi embora, eu estava tão apavorada com a vida que eu estava levando, que eu passei mal na rua, vi um vulto preto, e fui atropelada. Fui

levada para o Hospital Universitário Antônio Pedro, praticamente morta. Lá eles me fizeram reviver, e a minha luta começou.

No dia de Natal, 25 de dezembro de não sei quantos anos, ele voltou pra casa. Eu dizia a ele pra não me bater, que aquilo não era certo. Ele disse que não ia bater. Mas todo dia que chegava em casa bêbado, fechava a porta, deixava a gente do lado de fora, pra eu dormir, junto com aquelas crianças miúdas, do lado de fora. Eu aprendi a deixar uma janela aberta. Quando ele fechava a casa, a gente entrava pela janela aberta. E foi um desespero... A vida toda foi assim. Eu dizia: “Meu Deus, eu vou matar esse homem!”. Eu comprava comida, ele comia tudo e a gente brigava mesmo. Quando foi um dia, eu estava sentada no quintal, no coqueiro, agoniada, esperando ele chegar. Eu conversei com Deus, e pedi que me livrasse daquele homem, porque eu estava a ponto de matá-lo. Eu não agüentava mais! Dali a pouco ele chegou, bebinho, bebinho. Eu botei a chaleira d’água no fogo, e ele brigando com as crianças. Eu ia matar ele. Quando eu entrei em casa, senti um vulto segurando a minha mão e dizendo para eu não fazer aquilo, que tinha outro jeito. Eu peguei a chaleira, joguei a água fervendo lá fora, e fiquei esperando o jeito.

De outra vez, ele foi tentar me matar. Pegou uma barra de ferro, e eu orava, perguntava onde Deus estava, porque eu não o matei, e agora ele ia me matar. Na mesma hora, ele abaixou a mão, ficou quieto, aí empurrou o garoto que tentava segurar ele. O garoto foi correndo buscar a polícia. A polícia veio, e dentro de casa prendeu ele. Na delegacia, ele chegou desconfiado. Quando o delegado perguntou o que tinha acontecido, eu contei tudo. Ele era do tipo de homem que queria ver tudo o que eu ganhava com o meu trabalho, não confiava em mim. Na delegacia, teve uma hora que o delegado veio com um papel pra eu assinar. Eu não quis assinar não. Eu não sei ler! No meio daquele desespero todinho que eu estava passando, eu ia assinar o quê? O delegado insistiu muito, e eu disse que não. Falei pra ele ficar lá sentado, esperar eu ir pra casa, depois soltar ele, que quando ele chegasse em casa, eu matava ele e voltava para me entregar. Aí eu ia assinar alguma coisa, depois de matar ele. Eu não assinei o papel. Quando eram 4h da manhã, o delegado o soltou, e mandou ele embora.

Depois de muitos anos, a justiça me chamou. Eu fui. O juiz perguntou se eu era casada com ele. Eu disse que sim. Mandou ele passar a dar pensão. Eu disse que sim. Aí o juiz falou de convivência, disse que se eu quisesse, ele podia pagar o aluguel da casa, pagar tudo dentro de casa, e eu poderia deixar ele dormir lá. Eu dei um grito e disse que não, que ele não ia voltar pra casa depois de estar com outra mulher. Cheguei a guardar enroladinho o papel. Não rasguei. Preferi trabalhar a ganhar aquela pensão. Nunca deu nada pras crianças.

Depois de uns cinco anos, chegou o recado de que ele tinha estuprado uma menina – filha da mulher com quem ele foi morar –, queria se soltar e precisava da ajuda da esposa, que era eu. Eu não queria ir, queria que ele morresse lá preso. Mas ouvi uma voz na minha cabeça, dizendo para eu ir lá ajudar ele. Eu fui. Quando eu cheguei lá, o delegado se admirou de depois desses anos todinhos, eu ter ido lá dar uma força a ele. Eu respondi que ele podia ser um caco, mas ele era o pai dos meus filhos. Como eu era casada com ele, só eu podia receber o dinheiro dele. Eu tirava o dinheiro, botava no cantinho, e toda quarta-feira eu ia visitá-lo. Eu achava aquilo um castigo, e perguntava a Deus se tinha castigo pior que aquele. Mesmo assim eu continuei. Eu era tão inocente... Eu ia ao banco, tirava o dinheiro, colocava tudo no saquinho, e não gastava nenhum tostão! Não entregava pra ele, mas tinha que guardar. Naquela quarta-feira não trabalhava. Depois ele conseguiu ser absolvido, e ser solto. O delegado me avisou o dia em que ele ia sair. Eu tinha certeza que ele iria direto lá pra casa. Meu filho tinha feito uma casa nova pra mim lá no terreno dele, e justamente no dia em que ele foi solto, eu fui morar na casa nova. A casa velha ficou lá. Quando ele chegou, não me encontrou mais lá. Eu fui embora feliz.

Tempos depois, um filho meu chegou lá em casa dizendo que o pai estava caído pelo chão, na Vila Progresso. Disse que os bombeiros passaram, viram ele e pensaram que era um cachorro, mas era ele que estava lá morrendo. Levaram ele para o hospital, e de lá a assistente social me chamou. Eu não queria ir, mas mais uma vez Deus me mandou eu ir, porque ele era o pai dos meus filhos. Fui com minha filha, e lá a assistente social estava reclamando que as famílias não querem nada com os seus doentes. Falou muito, e depois perguntou quem é que eu tinha ido ver. Eu respondi: “Seu Afonso”. Eu nunca chamei ele de Afonso, sempre Seu Afonso. Por isso eu dizia que o meu casamento era um enforcamento! A assistente social disse que ele estava muito mal, que foi encontrado na lixeira, que não sabia como ele estava daquele jeito. Aquilo me deu um nervoso. Eu logo perguntei se ela ia ajudar a gente, porque eu era esposa, a outra a filha, mas que quando ele era rapazinho e ele foi morar com as outras. Fiquei brava, porque eu fui lá só ver ele. Ela não precisava difamar a gente não, maltratar a família. Ela tinha que maltratar ele! Depois a assistente social pediu desculpas, e eu comecei a chorar. Mas eu chorei tanto... Eu coloquei tudo pra fora. Desabafei. E ele morreu lá.

Sobre o envelhecimento, eu não senti nada. É uma coisa que eu não sei responder. Porque eu não me considero envelhecida. O que é a velhice? Eu não sei o que é ser velho. Eu não acho nada do envelhecimento porque, por enquanto, ainda não chegou até mim. Você quer saber do segredo, pra não envelhecer? Olha, a minha vida hoje... E olha a minha vida no

passado... Eu trabalhava tanto, e até dava restinhos de comida para os meus filhos. Depois, o mais velho foi crescendo, e foi encaminhando os outros, e acertou a vida de todo mundo.

Tinha sempre uma luz pra iluminar. Eu me lembro de um dia em que eu cheguei em casa tão cansada de trabalhar, que não agüentei e dormi. Acordei de madrugada, fui ao banheiro, e encontrei-o molhado. Achei estranho. Numa outra noite, sábado pra domingo de novo, eu despertei e encontrei o banheiro molhado de novo. Quando chegou a manhã de domingo, eu chamei meu filho mais velho e perguntei quem tinha tomado banho de madrugada. Ele não queria falar, mas disse que um irmão tinha chegado em casa bêbado as duas vezes. Então eu fui para o quintal e fiz um risco no chão. Chamei meus filhos, e mandei pegarem enxada. Eram adolescentes, o mais novo tinha uns 13 anos. Tudo escadinha. Mandei cavarem um buraco. Eles não entenderam, diziam que não dava pra fazer poço ali, que não dava água. Aí eu comecei a chorar, e disse a eles que aquilo não era um poço, que era onde eles iam enterrar a mãe deles, que morria de desgosto com a malandragem deles. Perguntei quantas noites passei fora de casa, quantos dias passei sem comer para alimentar eles, e eles ainda fizeram isso comigo... Tinha dias que eu dormia com fome pra eles comerem, ou com sede, sem água pra beber. Isso foi a gota d'água! Olha, foi um chororô. Eles juraram que não fariam mais aquilo. E realmente cumpriram. E eu me orgulho deles.

Na parte da saúde, a única diferença que eu vejo, com a idade, é uma hérnia que apareceu. Mas não incomoda. Já fui ao médico, bati o raio-X direitinho e a doutora falou que eu não devia operar. Agora eu estou esperando pra fazer exame de vista. A doutora falou que eu tenho problema na tireóide, pressão alta, diabetes, e pra tudo eu estou tomando as pílulas. Consigo os remédios na policlínica. O de tireóide eu compro. Sou grata a Jesus, porque tudo o que eu quero, eu consigo. Não tenho que reclamar de nada. Sabe por quê? Eu passei muita necessidade na minha vida. Mas nunca caí doente! Eu nunca estive doente! Quando estava grávida, os meninos nasciam em casa, em cima da cama. Eu só fui a hospital pra ligar as trompas, quando eu já não estava mais agüentando – eram oito filhos – eu operei. Foi a primeira vez que fui a hospital. Quando meus filhos eram pequenos, e tinha algum problema, a gente ia lá ao posto de saúde antigo. Eles nunca foram pessoas de ir ao médico. Só ia pra vacina mesmo. Eles nunca foram aquelas pessoas doentes e nunca precisaram muito de atendimento.

Faz alguns anos que comecei a ir mais a médico. Foi o Dr. Frederico que me descobriu. Um dia, eu estava trabalhando, passando roupas na casa da moça, e me deu uma dor forte no peito. Corri pro posto, e o Dr. Frederico me atendeu. Ele passou um remedinho pra colocar debaixo da língua, eu tomei e fui embora pra casa. Voltei a trabalhar, e depois de

uns 15 dias, tive aquela dor de novo. Voltei no posto, e Dr. Frederico falou que eu estava com hipertensão, e mandou-me fazer um tratamento. Eu achava que eu não tinha nada não. Mas, depois desta dor, comecei a tratar. Então eu tinha uns 60 anos quando descobri a hipertensão... De lá pra cá, eu faço tudo direitinho: faço todos os exames, vou à doutora de seis em seis meses, tomo os remédios. Três meses atrás, eu fui, bati tudo o quanto é chapa, e está tudo bom. Minha vesícula que está cheia de pedra. Eu vi na ressonância, aquele exame que vai ao tubo, aquele que é muito caro e eu não pude pagar. Meu neto pagou pra mim. Daqui a dois meses, eu vou fazer os exames de sangue e de urina e levar pra ela. Ginecologista que nunca fui. Atualmente a minha médica ali é a Dra. Tânia, geriatra. Antes era a Dra. Francisca, também geriatra.

Eu considero que as minhas necessidades de saúde são atendidas. Pra mim está tudo bem. Mas o atendimento é assim: a pessoa vai pra fila e fica lá esperando. Você vai pra fila hoje. Mas se não conseguir ser atendida hoje, você volta amanhã ou outro dia. Comigo é assim. Eu não me importo. Eu já sofri tanto na minha vida, que eu estou gelada. Eu já precisei ir umas duas ou três vezes para marcar. Mas eu não reclamo não, nem acho que a culpa é dos empregados, porque eles estão ali ganhando o dinheirinho deles. Eu nem gosto de falar disso. Pra melhorar a saúde, só acho que tinha que acabar com esse negócio de fila pra marcar consulta, oxente! Mas eu não devo reclamar nem disso, porque eu estou sendo atendida. Tudo o que eu preciso, eu consigo, graças a Deus. Não sei se é o pessoal que gosta muito de mim. Pra mim não existe problema. A única coisa que poderia melhorar é a fila. Porque essas pessoas costumam reclamar que não tem remédio, que não tem médico. Eu digo pra eles calarem a boca, porque se não tem hoje, amanhã vai ter.

O grupo de artesanato também é maravilhoso, maravilhoso! Gosto muito das palestras. Às vezes eu estou em casa, fazendo crochê, e me vem aquela vontade de ir pro Largo. Eu venho, bato papo com um, bato papo com outro. Dou um presentinho a um, dou um presentinho a outro. Aí eu fico feliz. Hoje mesmo eu fiquei feliz porque vinha aqui. Eu estou feliz, muito feliz. Tudo o que eu passei de ruim, Deus afastou pra lá. Foi depois da morte do meu marido que eu comecei a viver a minha vida. Eu estava morta, voltei à vida. Porque no meu coração eu tinha muita raiva dele. Eu sempre me perguntei o que foi que eu fiz pra ele me largar dentro de casa, o que a outra tinha que eu não tinha. A resposta era essa: eu tinha que passar por tudo aquilo pra começar a viver. Quando ele morreu, eu devia estar com uns 60 anos. Foi mais ou menos nessa época que eu descobri a pressão alta. **Por incrível que pareça, eu comecei a viver aos 60!** Eu estou feliz. Queria que todas as mães de família também fossem felizes...

A minha filha, por exemplo, foi casada com um moço, viveram juntos por 20 anos, ela queria fazer faculdade e ele não deixava. Depois de 16 anos juntos, eles se separaram e ela foi trabalhar em casa de madame, lá em Icaraí. Juntou o dinheirinho dela e conseguiu voltar a estudar. Depois ela conheceu um coroa que ajudou ela, cuidou direitinho, e ela conseguiu ser advogada. Você acredita que depois dela ser advogada, ela agora se formou pra ser professora de advogado? Ela fez prova ontem, está esperando resultado. É só benção!

Sobre ser idoso, eu acho até graça... Porque eu não acho nada demais. Idoso é por que a pessoa está velha? Mas eu sempre fui nova. Eu até gosto de ser chamada de idosa, quando vou atravessar a rua e a pessoa me dá a mão, me chama de tia, de vó. Eu me orgulho disso. Eu acho que na minha mocidade eu não fui tão feliz quanto sou agora. Mais nova eu sofria demais. Até os 50 anos eu sofri mais do que sovaco de aleijado! Depois dos 60, dos 70 anos, é a partir daí que eu estou vivendo bem! É daqui que eu quero contar! Pra lá já passou. O desespere todo já passou. Agora eu conto o novo. Essa é a verdade.

Do passado, eu tenho muita história pra contar! Escuta essa: quando meu marido foi embora, eu fui fazer faxina. Trabalhei até 60 e poucos anos na casa de uma patroa, como diarista. Ela disse que ia pagar o meu INPS. Mas eu fazia faxina em várias casas. Eu saía de casa em jejum pra trabalhar. Uma vez eu cheguei no trabalho e pedi um cafezinho. A empregada disse que, como eu era diarista, não podia comer não. Fiquei chateada porque a patroa não avisou. Eu estava com fome e não tinha levado o meu pão. Mas o que iria se fazer? Eu fiquei quieta. Quando foi meio dia, chegou o patrão. Eu pedi a ele o favor de me dar um pelo menos um cavaquinho de pão, porque eu tinha chegado lá às seis e meia da manhã, e até àquela hora eu não tinha comido nada. Ele perguntou se era verdade, eu disse que sim, e ele foi lá pra dentro. Dali a pouco ele veio e falou pra colocar a comida pra mim antes até dele comer. Disse que se tinha essa moda naquela casa, essa lei ia acabar. A empregada fez o pratinho bonito, e eu comi. Muito bom! Eu agradei a ele, acabei de passar roupa e não voltei mais lá.

No outro dia eu fui trabalhar na casa de uma moça, que fazia aquele pratão de comida assim, deixava lá em cima do móvel. Tinha feijão, arroz, farinha, ovo, e formiga... Eu chegava lá, ia passar roupa, e a comida já estava lá. A comida ficava cheia de formiga, mas como eu precisava do dinheirinho pra levar pras crianças, eu comia. Quando chegava a hora do almoço, a patroa me chamava, e eu ia. Mas a comida estava fria! Mas eu comia. Eu falava com Deus que a comida estava fria. Mas eu comia, com o velho de um lado e ela de outro. Quando foi um dia, eu a peguei ajeitando a comida, depois de eles comerem, e vi que ela estava me dando o resto de comida deles. Eu fiquei muito brava, e falei pra ela comer aquela

comida. E pedi o dinheiro do meu dia de trabalho! Ela ficou verde. Na mesma hora, ela deixou lá o dinheiro e eu fui-me embora.

Na casa de outra patroa foi assim: ela foi para os Estados Unidos, e pediu para eu ficar indo lá, nas segundas e quartas. Ela ficou de pagar todas as contas, e as filhas e o marido ficaram. Avisou que as meninas iam para o colégio, o marido ia ficar em casa, e que ele não ia me incomodar não. Eu já trabalhava lá há uns seis meses. Já tinha trabalhado na casa da irmã dela. Eu resolvi chegar mais tarde, porque as meninas estariam no colégio. Quando coloquei a chave na fechadura, o homem abriu a porta. Já tinham me avisado que ele tinha mania de passar a mão na bunda das mulheres. Eu pensei assim: se ele fizer isso comigo, eu juro que bato nele. Mas eu não acreditei. Quando eu cheguei naquele dia, dei bom dia, e ele respondeu. Eu fui logo trocar de roupa pra começar a trabalhar, mas ele me chamou. Deu o dinheiro do dia, me mandou voltar pra casa e retornar no dia seguinte, às 7h, dizendo que desde que Jânio Quadros morreu, o horário dos empregados era das 7h da manhã às 7h da noite. E eu precisando daquele dinheiro! Eu peguei, e disse sim, senhor. Fui lá dentro, troquei de roupa, e voltei no escritório. Devolvi o dinheiro e a chave, e falei pra ele mandar Jânio Quadros fazer a faxina dele no dia seguinte! Falei isso, e saí correndo! Fui trabalhar na casa de outra moça, que me deu a diária toda, porque eu já era antiga na casa dela.

Também teve aquele outro caso, o pior de todos. Eu trabalhava na casa de uma mulher já há cinco anos, mas quando a filha dela casou, pediu à mãe que eu fosse trabalhar lá na casa dela. Cinco anos com a mãe dela! Ela me deu, e eu fiquei quieta. Eu comecei a trabalhar lá, mas ela tinha a mania de sair, me deixar passando roupas, e pedia que eu deixasse as chaves do apartamento com uma ou outra vizinha quando eu fosse embora. Eu logo vi que isso ia dar confusão, e até avisei à mãe dela. Até que um dia eu ia chegando ao apartamento e Deus me avisou que eu tomasse cuidado, que eu ia ser julgada naquele dia. Eu cheguei, ela abriu a porta pra mim, e logo depois saiu. Eu estranhei que tinha pouca roupa pra passar. Quando olhei pela janela, vi dois carros de polícia, mas eu não me toquei que era pra mim. Dali a pouco, bateram na porta. Quando abri, o moço me deu bom dia e perguntou se eu era Dona Amarílis. Eu disse que sim, ele entrou com o marido da patroa, e me pediu para desligar o ferro e sentar. Eu não quis parar, e disse que poderia ouvir ali mesmo, passando a minha roupa. Ele me contou que eu estava sendo acusada do roubo de uma pulseira de nó gravado, que pertencia ao marido da patroa, mas que como eles não encontraram e era eu que entrava ali, tinha sido eu a ladra. Ele estava me acusando! Tinha três semanas que eu estava trabalhando ali, nunca tinha pisado no quarto deles, passava roupas na sala. Como é que eu teria roubado a pulseira de ouro? Eu questionei a ele aquilo tudo, e ainda que eu tivesse

trabalhado cinco anos na casa da sogra dele e nunca tinha roubado nada lá. Fiquei muito brava. Só cobrava dele onde estava a certeza de que tinha sido eu. Ah, eu contei tudo o que ela fazia, que me mandava deixar as chaves com a vizinhança, ou debaixo do tapete. O homem, que parecia ser da polícia falou pro outro que ia embora porque eu, com certeza, nunca tinha roubado nada de ninguém, nem em pensamento. Fui acusada injustamente. Se fosse na época de hoje, eu ia tirar as calças daquele homem. Na época, eu não pude tirar, porque eu fiquei com medo de mim mesma... Depois o papel chegou lá em casa, e eu pedi ajuda dos maridos das minhas patroas. Tinha um investigador de polícia, um coronel da Marinha, um advogado... Eu fiquei com cinco advogados. Todos eram patrões, pra quem eu já tinha trabalhado, que foram me defender. Eles diziam: “Não, essa aqui não, ela é minha. Ela tem seis filhos, o marido a largou, mas jamais abra a sua boca pra falar isso da minha passadeira. Ela está comigo há 30 anos, 40 anos quase. Por que ela não roubou da sua sogra?”. Eu acabei ganhando a questão.

Eu sofri muito mesmo. E digo mais uma vez: eu estou vivendo agora! Nunca roubei nada de ninguém. Tem uma casa em que eu comecei a trabalhar com 33 anos. Nesta sexta-feira mesmo eu vou passar roupas, agora só trabalho dois dias por semana lá. Sou passadeira. Nunca disse a ela que eu estava pagando INPS. Um dia ela me chamou e queria me mandar embora. Eu disse a ela que não ia não, e que se ela comeu a carne, que também roesse os ossos! Eu só saio de lá quando Deus mandar! Tudo por causa de fofoca da empregada. Enquanto isso, o INPS estava correndo. Até o dia em que meu filho viu no computador que eu estava aposentada.

Na verdade, tinha uma patroa que pagava meu INPS, mas depois ela morreu e não teve mais pagamento. Quando eu fui pedir minha aposentadoria no INPS, disseram que faltavam alguns anos. Mas eu não tinha condições de pagar! O funcionário falou pra eu continuar pagando até fazer 65 anos. Quando chegou o tempo, eu fui lá ao INPS, e ele me aposentou pelo governo. É o LOAS. Aquele dinheirão todinho que eu paguei, eu perdi. Não consegui me aposentar de fato. Eu recebo um benefício. Depois de pegar o meu primeiro salário do benefício, cheguei lá na casa da patroa e mostrei a ela. Eu disse logo que ia sair de lá, que ela nunca tinha me dado um tostão de INPS e nem uma passagem. Falei tudo pra ela! Depois fui para o quarto, e chorei muito. Mas não fui embora. Troquei de roupa, comi um prato de comida e fui passar as roupas da patroa. Isso já tem 15 anos, e eu continuo trabalhando lá. A história toda é essa. Hoje eu estou feliz!

**Colaborador(a) nº 04 – Magnólia (Rede B)**

***“Tenho muito medo de passar mal e ir para uma emergência do SUS”***

Meu nome é Magnólia. Nasci em Minas, e não tenho muita lembrança de quando eu era novinha. Meus pais vieram para Niterói, quando eu tinha seis ou sete anos de idade, pra trabalhar na florália, no Sapê. Ali era uma fazenda, onde se criava gado e o meu pai veio para trabalhar com isso. Depois se tornou uma florália, com plantação de orquídea, e meu pai teve que sair para arrumar outro trabalho. Ele passou a trabalhar em obra, lá por Icaraí e pelo Centro, quando eu tinha sete ou oito anos. Éramos 10 irmãos, cinco mulheres e cinco homens, dois deles já falecidos. A minha mãe faleceu há três anos, mas viveu bastante ali com a gente. Meu pai morreu antes, aos 78 anos, devido a um problema cardíaco, depois de lutar muito. Assim que chegamos de Minas, não havia uma casa pra gente morar. Nós ocupamos um quarto, que o meu cunhado cedeu, e, depois do meu pai limpar o terreno, foi construída a casa em que nós moramos hoje em dia.

Nessa trajetória toda, meu pai empregou os filhos pra ajudar ele no sustento da casa. Todas as filhas, a partir dos doze anos, tinham que trabalhar como doméstica. A mais velha ficou trabalhando ali na florália mesmo, enquanto eu e as demais fomos trabalhar lá pelo Centro ou em Icaraí. Os meninos também foram colocados para trabalhar cedo. Um deles ficou na florália, o mais velho foi para uma firma. A gente teve que trabalhar sempre pra ajudar o nosso pai, porque ele ganhava pouco e não o que ganhava dava para sustentar os filhos todos.

Minha mãe ficava só em casa, até que, quando meu pai adoeceu e não podia mais trabalhar muito, ela foi trabalhar na florália, como lavadeira e passadeira. Trabalhou lá por 20 anos, mas não tinha direito a aposentadoria, porque não tinha a carteira assinada. Mas a patroa foi boazinha e conseguiu, com o contador dela, que a minha mãe passasse a receber um salário do governo. Quando ela ficou de idade, a patroa arrumou outra pessoa e colocou no lugar dela. Aquela dona da florália foi muito boa, porque quando minha mãe adoeceu, ela mandava comida para a minha mãe todo dia. Foi uma pessoa maravilhosa, eles foram muito bons pra gente. Cuidou da minha mãe e do meu sobrinho também. Meu sobrinho era hemofílico, e ela mandava bolsa de compras toda semana pra ele. Sendo hemofílico, ele, com 15 anos de idade, acabou morrendo de AIDS, que foi a doença o governo mandou para as crianças. Eles recebiam sangue contaminado nas transfusões. Era um menino lindo, igual a um índio.

Naquela época, eu estudava. Durante o dia trabalhava como doméstica, e à noite ia para a escola. E dormia no emprego. A gente vinha pra casa não. Tinha que trabalhar final de semana, sábado e domingo, aí na outra semana você podia vir pra casa. A primeira moça pra

quem eu trabalhei eu escolhi como madrinha da minha filha. É uma pessoa maravilhosa, que ficou contente com o meu casamento, e de quem eu gosto muito e tenho contato até hoje. Eu trabalhei como doméstica até os meus 50 anos. Porque depois dos 50, a minha colega arrumou um emprego pra mim numa firma, pra ter os direitos que eu não tinha quando era doméstica. Agora que a lei mudou. Naquela época ela arranhou esse emprego pra mim numa confecção de roupas finas, ali no Badu, onde eu trabalhei por quatro anos. Mas lá o serviço era muito braçal. Além de servir o café, eu limpava o interior da firma, esquentava a comida de todos os empregados, limpava o jardim, limpava a piscina e fazia serviço de rua. Às vezes, também me pediam pra ficar até meia-noite lavando a roupa que era produzida lá.

Mas isso me prejudicou! Eu fiquei com sérios problemas porque eu não estava acostumada com serviço muito braçal. Fazia muito esforço no trabalho, que me afetou a coluna. Lá eu fiquei mais encostada do que trabalhando. Durante uns dois anos eu alternava meses trabalhando e meses de licença médica, recebendo auxílio doença. Como eu tinha direito a um plano de saúde pela firma, eu tratava com ortopedista conveniado do plano. Quando eu pensei que iria voltar a trabalhar, apareceu uma dor fortíssima na mão. Ela apareceu durante uma noite, que eu passei toda sentindo muita dor. Apavorada, com problema na coluna e a minha mão direita doendo, corri para o meu ortopedista, que me passou uma ultrassonografia, que eu só consegui fazer em São Gonçalo. A médica que fez o exame, assim que viu as imagens, me orientou a procurar o meu médico imediatamente, e mandou fazer urgente uma ressonância, que eu fiz no Hospital das Clínicas, pelo plano de saúde. Eu estava com um problema muito grave na mão, que eu logo pensei que era devido ao trabalho com massa quente de salgado. Pra conseguir render um dinheiro suficiente pra manter os meus filhos em colégio particular, eu fazia muito salgadinho pra fora. Com três filhos pra criar, com boa educação, eu trabalhava durante o dia como doméstica, e à noite com buffet, e mexia muito com massa quente. Mas o médico disse que não foi isso não.

E eu usava o SUS também. Eu trazia a minha mãe ao médico na policlínica, e me consultava também, desde que quando era o prédio velho. Eu usava o plano e usava o serviço da policlínica, porque na hora do aperto, a gente corre pra onde é mais fácil ser atendido. Neste problema da mão, eu corri para o plano de saúde. A médica disse que eu precisava fazer uma cirurgia e mandou procurar um especialista de mão. Eu consegui vários endereços de médicos, e fui. Mas eles só queriam me operar no Hospital das Clínicas, e lá eu só tinha direito a fazer os exames e ir à emergência. Meu plano não dava direito a fazer a cirurgia no Hospital das Clínicas. Então, eu não consegui o médico. Os médicos todos queriam operar só ali. Queriam me operar em São Gonçalo, mas eu não quis, porque se eu moro em Niterói, eu

tinha que ser operada em Niterói. Resolvi procurar médico no Rio então. Consegui marcar um, mas como não o conhecia, fiquei com medo e desmarquei.

Nisso, fiquei com a pressão alta. Fui à minha médica, geriatra pelo plano de saúde, que disse que eu estava com a pressão alta por causa do problema da mão. Ela me indicou um especialista em mão no Rio. Por coincidência, era o mesmo que eu tinha marcado antes e desmarcado. Então eu liguei, marquei, fui nele, levei os exames que eu já tinha, e quando ele viu disse que eu realmente precisava da cirurgia pra não perder a minha mão. Disse que a doença que eu tinha já tinha comido todos os meus ossos. Fui então esperar a autorização da Dix pra minha cirurgia. Quando eu estava com tudo prontinho, a Dix me mandou passar por uma perícia médica do plano, lá no Rio. Eu tive que voltar no meu médico pra pegar os resultados dos exames, que ele tinha ficado pra cirurgia, e levei lá no prédio da Dix. Levei, mostrei tudo, e era só pra ver, verificar se era aquilo mesmo, assinei. Pronto! Trouxe tudo de novo pro médico. Acho que esperei um mês até receber a autorização para a cirurgia. Não tinha como eu fazer a cirurgia aqui em Niterói, fiz no Rio, num hospital no Rio Comprido.

No dia da cirurgia, a minha irmã me levou, com o meu cunhado, Chegamos lá às 7 horas da manhã, fizemos uma ficha, eu entrei. Minha irmã ficou do lado de fora porque não podia entrar. Rapidinho a cirurgia foi feita. À tarde minha irmã já pôde me buscar e viemos embora pra casa. Eu ainda fiquei fazendo tratamento no Rio. Fiz muita fisioterapia na clínica que o meu médico trabalhava. Fazia lá no Rio, mas fazia aqui em Niterói também.

Acho que com uns três meses o INSS me botou na rua, me deu alta para voltar a trabalhar. Eu tinha 50 e poucos anos, e eu fiquei sem auxílio doença, sem salário. Pra conseguir alguma renda, eu comecei a fazer torta e vender na frente da garagem da minha mãe, que estava boa ainda. Até um dia que eu encontrei uma mulher, que vendo a minha mão com parafuso e proteção, me orientou a procurar os meus direitos e dar entrada no INSS, pois aquilo estava errado. Aí eu fui. Minha filha conseguiu um advogado do sindicato, que mesmo eu não sendo mais empregada da firma, me atendeu porque era conhecido de um colega da minha filha. Ele processou o INSS, e ganhou. Mas o INSS, ao invés de me aposentar por invalidez, me deu uma tutela e eu passei a receber o auxílio doença. Durante 12 anos eu fiquei recebendo o auxílio-doença.

Quando foi em 2017, eles me colocaram na rua de novo. Eu recebi agosto, e quando fui receber setembro, já não tinha mais. Eu tinha que fazer uma cirurgia do coração, e não podia ficar sem o meu salário. Liguei para o INSS e dei entrada na aposentadoria por invalidez. A moça ainda deu um jeitinho de adiantar a perícia, quando eu expliquei pra ela o meu problema. Aos 62 anos, eu me aposentei, depois de 12 anos de auxílio doença.

Sobre o envelhecimento, eu não me preocupo muito. Eu não sou uma pessoa de ficar encucada com nada não. Pra mim, é como se eu tivesse os meus 20 anos. Eu gosto de fazer trilha, eu gosto de viajar, eu gosto de passear, gosto de fazer festinha com uma amiga, ou convidar as amigas pra vir em casa, essas coisas todas. Eu sou uma pessoa que estou vivendo plenamente. Mesmo sabendo de todas as minhas doenças. Mesmo agora estando muito revoltada com o problema dos rins... Mas eu ainda consigo viver a minha vida numa boa.

Já as minhas necessidades de saúde, acho complicado falar sobre elas, porque a saúde ficou precária, e o dinheiro que eu ganho é muito pouco para eu tratar tudo com médico particular. Eu precisava que o SUS me desse mais, que o SUS tivesse mais recurso pra me tratar. Como no problema dos rins: todo mundo diz que quem tem problema renal, o governo dá o direito de tratar de graça, mas eu não tenho esse direito. Foi no SUS, onde eu nunca deixei de me consultar, que eu descobri o meu problema renal. Uma nutricionista da policlínica que viu uns exames de sangue meus, e pediu que eu procurasse o especialista em rins. Eu procurei um do SUS, mas ele não quis me tratar dizendo que só tratava de pessoas que tinham tumor, e ainda me deu o contato de um médico particular pra tratar do meu caso. Ele foi muito grosso, e ainda disse que a nutricionista me mandou pra lá porque ela não era médica. Mas eu contei tudo pra ela. Eu ainda liguei para o nefrologista que ele me deu o telefone, e descobri que a consulta do amigo dele custava R\$ 400,00. Eu agradei e desliguei, porque na época eu não tinha R\$ 400,00 pra pagar.

Eu procurei o meu cardiologista, particular, que era a minha salvação quando eu não conseguia atendimento no SUS, pra me dar receitas. Eu me tratava na policlínica, mas eu me tratava com ele pra ter uma segurança. Muitas vezes, na policlínica, não tinha vaga, ou o médico que me acompanhava saía e eu ficava sem médico. Ali é um médico só pra muita gente, e não tem como encaixar todo mundo. Por isso, eu tinha essa minha segurança. Eu ainda tinha o meu vizinho, que é médico, clínico geral, e que descobriu a minha hipertensão, quando eu tinha uns 40 anos de idade. Foi ele que me aconselhou a nunca deixar de procurar o SUS, mesmo quando eu tinha plano de saúde, porque, por conta do prolapso que eu tenho, eu ia precisar ser acompanhada com cardiologista a vida toda. Ele sempre deixou essa parte pra mim bem explicadinha. Ele me atendeu no consultório dele durante muito tempo, até largar o consultório e ficar só dando aulas. No consultório, ele me atendida de graça.

Quando eu era nova, não tinha nenhum problema de saúde, e nem procurava nem atendimento médico. Eu só trabalhava como doméstica. Somente quando eu estava me preparando pra casar, com uns 18 pra 19 anos, que a minha patroa me levou no Hospital Antônio Pedro pra fazer um check up, já que eu ia ter que tomar pílula. Naquela época, tinha

esse negócio. Então ela fez a minha carteirinha no Antônio Pedro, me levou numa consulta, e o médico me deu uma receita de remédio para tomar se eu não quisesse engravidar. Mas antes disso eu nunca tinha acompanhado com médico. Antes só ia quando ficava doente, e era no médico que a patroa levava, que ainda enrolava pra levar ou ficava doente mesmo. Não tinha uma regularidade.

Só mais tarde que eu comecei a ser acompanhada por médico com frequência. Eu acho até que, depois dos 60 anos, o atendimento de saúde ficou pior. Eu prefiro o atendimento que recebi dos meus 40 até os meus 50 anos. Porque eu fui muito bem tratada. Naquela época eu descobri uma arritmia cardíaca. Ficava com o batimento cardíaco muito forte, só à noite, e não conseguia dormir de jeito nenhum. Depois de uns três dias assim, a patroa da minha filha arrumou um médico particular, e me levou. Ele descobriu que era arritmia cardíaca. Eu tinha 30 e poucos anos, ia fazer 40. Quando chegou um belo dia, eu passei mal, eu tinha que fazer aquela cintilografia tomográfica do miocárdio, um exame caríssimo... E é aí que eu te falo: corri para o SUS. Eu estava correndo risco de vida, com alterações terríveis na minha pressão. Então o SUS era obrigado a me dar o direito de fazer o exame. Até o Procon eu procurei! Lá conheci um casal, que trabalhava na policlínica, e que conseguiu me ajudar a agendar o exame para cinco dias depois.

Hoje eu frequento o grupo de artesanato, e acho muito bom porque quando você só fica em casa, a depressão bate. A solidão dá depressão. Eu acho que a gente fica deprimida porque fica muito sozinha. Eu ainda tenho filho, tenho meus quatro netos. Mas muitas que frequentam o grupo não têm ninguém. Não têm filho, não têm neto, não têm marido. Os meus netos ainda são pequenos, o mais velho tem 17 anos. Eu estou sempre na casa de um ou na casa de outro. Minha filha mais velha é pastora, viaja todo ano para Israel, e eu fico com os meus netos. Eu já tive depressão, e fiquei muito mal. Tive que tomar remédio nessa época, que o meu médico me passou. Só de ele me ver sentada na sala de espera do consultório, ele já sabia que eu estava com depressão. É que ele já me conhecia bem. Eu não tinha vontade de fazer nada, só de ficar deitada mesmo. Mais nada. A depressão foi muito forte, mas eu superei porque eu sou muito forte. Eu pedia a Deus para me ajudar a sair daquele estado. Era horrível tomar remédio, muito caro. Mas eu consegui tratar e sair daquela situação.

A minha irmã também ficou com depressão, chorava à toa, não queria ir nem pra casa da filha. Ela ficou muito mal, pior do que eu. Eu não fiz essa tragédia toda, e ela fez muito. Foi um auê... Ela ainda teve como fazer as consultas pelo plano de saúde, porque era dependente da filha no plano da firma que ela trabalhava. Eu, com três meses, fiquei boa, decidi me superar. Foi quando comecei a sair, bater papo com as amigas. Entrei num grupo de

viagens, e comecei a passear. Por isso que eu conheço vários lugares, como Fernando de Noronha, Gramado, Fortaleza (fui duas vezes), Porto Seguro. Eu virei o jogo. Tomei remédio, e quando o médico viu que eu não precisava mais, suspendeu. Até hoje eu continuo tomando o Rivotril, mas por conta da minha arritmia.

Eu já perguntei ao médico tudo sobre os meus problemas de saúde, o que eu devo fazer, o que eu posso fazer. Então eu sei tudo sobre a minha doença, e como agir se acontecer alguma coisa comigo. Antes de viajar, eu vou ao médico e pergunto se eu posso ir. Eu me cuido numa boa. Eu não perco o controle do meu tratamento. Tenho um recipiente, em formato de coração, que o meu guia de turismo me deu. Ali eu coloco todos os meus remédios, e mantenho na cabeceira da minha cama, junto da minha garrafinha de água.

Quanto ao cuidado prestado pelos serviços de saúde, eu confesso que eu estou um pouco assustada. **Tenho muito medo de passar mal e ir para uma emergência do SUS.** Só no caso do meu filho, que eu não posso falar nada do atendimento. Meu filho sofreu dois acidentes de moto, e foi muito bem tratado no hospital que atendeu ele. Mas de outras vezes, quando fui visitar amigas internadas, eu vi coisas horrorosas, que eu não quero pra mim e não quero pra ninguém. Hoje em dia, eu falo pras minhas filhas: se eu passar mal, pelo amor de Deus, não me larguem sozinha no hospital do SUS. Vocês fiquem coladinhas comigo, como eu fiz com o meu filho quando ele sofreu acidente. O SUS hoje em dia me assusta muito, mas eu tenho que confiar em Deus. Eu não tenho dinheiro suficiente pra pagar por uma cirurgia. Para pagar uma consulta médica, consulta ainda dá-se um jeito, ainda mais quando o médico é bom, e me cobra preço de tabela.

A consulta do meu médico, por exemplo, custa de trezentos a quatrocentos reais, mas ele me cobra cento e setenta toda vez que eu vou lá. Os exames, como eu não posso fazer pelo SUS, eu faço particular mesmo, porque no meu caso eu não posso esperar muito. Se fosse esperar pra fazer a cintilografia das vias renais pelo SUS, eu estava esperando até hoje. Tenho uma minha amiga que ficou esperando cinco anos pra operar a vista, e quase que ficou cega. A demora e a questão da emergência que me preocupam... Não dá pra contar!

Como é que eu, que sofro com vários problemas de saúde, vou acreditar no SUS? A minha mãe mesmo, quando foi atendida na emergência da policlínica, ficou duas semanas largada. Eu escutei da equipe que a minha mãe era muito velha, que não precisava mais de cuidados. Eu gritei que a minha mãe ainda não tinha morrido, que se o coração dela estava batendo ela precisava de cuidados sim. Eu precisei entrar com uma liminar na justiça pra conseguir levar a minha mãe para um CTI. E quando cheguei com o documento da justiça, ainda teve um funcionário que me disse que não ia adiantar, porque aquele papel, que todo

mundo levava, não valia de nada. Ainda me mandou rasgar e jogar fora. Eu não aceitei, e disse que o meu ia valer. Eles tiveram que levar a minha mãe em 15 minutos pra internar lá no Hospital Antônio Pedro, onde ela permaneceu internada, no CTI, por três meses, porque precisava estar no CTI! Eles iam deixar a minha mãe morrer. Ali eles não trocavam uma fralda, não davam um remédio, só jogavam na cama. Minha sobrinha, que é enfermeira, que vinha cuidar da minha mãe, trocar fraldas, limpar, dar banho. Até que eu peguei o meu celular e comecei a gravar, porque eu sou atrevida. Eu achei um absurdo eles fazerem isso com uma pessoa de 92 anos, que teve um AVC isquêmico. Eu não sou burra e sei que isso é uma coisa muito grave, que uma parte do cérebro dela ficou paralisada. Mas o coração dela estava batendo! Ela mexia com a mão, e nós não podíamos deixar ela morrer sem recurso. Ela nem chegou a receber alta, faleceu no CTI, mas recebeu todos os cuidados que precisava. E, enquanto ela estava na emergência, eu passei todas as noites ao seu lado, num banco de madeira comprido. Quando dava meia-noite, pegava o banco, empurrava para o lado da cama, e de roupa e tênis me cobria com um edredom, abraçada com a minha bolsa, passava a noite com ela.

Depois de seis meses disso tudo, eu ainda fui intimada para comparecer na justiça. Eu acho que eles queriam dinheiro. Passei um dia inteiro esperando para ser atendida, levei minha comidinha, no meio de muita gente que também estava esperando atendimento. Quando chegou a minha vez, a mulher veio me questionar que a minha mãe ganhava dois salários, e que tinha que contribuir com imposto de renda. Logo respondi que eu não sabia que morto pagava imposto. Ela arregalou os olhos! Quando eu recebi a intimação, a minha mãe já tinha morrido há seis meses. Ainda bem que eu tinha levado a certidão de óbito dela, senão eles iam me fazer voltar lá de novo pra apresentar esse documento. No final, ela me pediu desculpas, devolveu a certidão de óbito que ela tirou cópia e eu fui embora. Eu era a procuradora da minha mãe. Fiquei o dia inteiro lá, mas eu consegui resolver.

**Colaborador(a) nº 05 – Gardênia (Rede B)**

*“Quando a idade chega, não tem jeito”*

Eu nasci em Santa Catarina, no sul do nosso país, num lugar chamado Imbituba. Tenho 76 anos, e já são 70 anos que estou aqui em Niterói. Vim pra cá com seis anos de idade. Esse negócio de desemprego não é de agora, acontece há muitos anos, e foi o desemprego do meu pai que trouxe a gente pra cá. Meu tio era marítimo, e trouxe o meu pai para trabalhar aqui no Rio de Janeiro, no cais do porto, onde trabalhou durante muitos anos.

Como acontece agora, com as famílias que estão indo para Portugal, meu pai veio antes, deixou minha mãe com três filhos em Santa Catarina, e só depois nos trouxe.

Desde que chegamos, moro no mesmo lugar, no Maceió. Nunca passei fome na minha vida, mas a situação sempre foi apertada. A minha mãe já partiu. Na minha vida, tenho duas histórias pra contar: a maior alegria da minha vida, que foi o nascimento da minha filha única; e a maior tristeza, que foi a perda da minha mãe. Foi de repente! Ela estava bem, teve um problema e partiu.

Eu sempre trabalhei. Durante muitos anos trabalhei em casa de família. A minha patroa era como uma mãe pra mim. Mas, desde cedo, eu tenho um problema sério de varizes, minhas pernas ficam muito inchadas. Quando eu tinha 18 anos, numa noite, eu me deitei boa, mas durante a madrugada, eu tentei levantar para ir ao banheiro, mas não consegui sair da cama porque eu estava toda inchada. Naquela época, não existia a policlínica, não tinha nenhum atendimento médico. Com muita luta, minha mãe me levou no farmacêutico, Seu Alarico, que ficava ali na subida do Atalaia. Ele me tratou com ervas.

Eu tenho um problema de varizes internas, e não há indicação médica para operar. Minhas pernas são marcadas. Já fiquei um ano e oito meses de cama, sem andar, por conta deste problema. A última crise que eu tive, já tinha a minha filha. Eu me lembro que, num sábado, eu estava deitada, ouvindo a oração do Padre Marcelo, ele falou comigo... Falava de uma mulher que estava deitada na cama, com uma ferida enorme na perna. Era eu! Ele pedia para, assim que terminasse a oração, que a mulher banhasse as pernas com a água benta. Assim eu fiz. A minha prima, que também estava ouvindo a oração na casa dela, ligou pra mim na hora e também concluiu que era pra comigo que o padre falava, ainda mais que ele especificou bem o local da ferida: na perna direita, entre o tornozelo e o joelho. Então eu levantei e banhei as minhas pernas. Porque a gente toma o remédio, mas a nossa fé nos ajuda! E eu, modéstia à parte, sou uma mulher de muita fé! Depois de uma semana, eu voltei a andar. Eu sempre lutei muito, e com a graça de Deus, eu venci.

Eu também tive uma ferida imensa nos rins. O problema era tão grave que uma colega de trabalho na época até se prontificou a doar um dos rins dela pra mim. Mas, com a graça de Deus, não foi preciso. Com muita oração, com muita fé em Deus, na última consulta que eu tive com o urologista, ele viu o raio X, e ficou impressionado ao ver que meus rins estavam sarados. Eu fiz tratamento com muitos chás de ervas, como cabelo de milho, erva de quebra-pedra... Depois que eu me aposentei como merendeira pelo Estado, fui a este urologista, que me disse que a minha fé me curou. Com a graça de Deus, eu fiquei boa dos meus rins.

Quando eu já tinha os meus cinqüenta e tantos anos, não lembro exatamente quando, o problema das varizes complicou mais e a ferida abriu. Foi aí que eu comecei a tratar das pernas. Tirando este problema, eu sempre tive boa saúde, e nem ia a médico. Comecei a consultar com médico quando eu estava grávida, e fiz o pré-natal da minha filha. Eu tive pré-eclampsia, e as varizes pioraram muito. Eu nem falo isso pra minha filha pra que ela não se sinta culpada. Na verdade, eu agradeço a Deus por este problema ter acontecido comigo, e não ter ficado seqüela. Mas até hoje eu me trato.

Antigamente, não tinha posto de saúde aqui na nossa região. O pessoal da antiga deve muito a Roberto Silveira, pois foi no governo dele que o posto, onde hoje funciona a policlínica, foi construído. Foi daí pra cá eu comecei a ir ao médico. Hoje eu sou atendida no posto do programa Médico de Família lá do Maceió. A consulta é de três em três meses.

Hoje eu preciso muito dos serviços de saúde. O que mais me aflige agora é o problema sério que estou nos meus olhos. Eu tenho catarata, glaucoma, e preciso de atendimento do oftalmologista. Na semana passada, tive consulta no posto e a médica me passou um remédio para desinchar o meu corpo. Eu emagreci 15 quilos, e a médica está investigando se eu perdi gordura ou inchaço. Eu acredito que seja inchaço, mas não acho que tenha a ver com os rins. Agora eu acho que é problema de coluna, problema de circulação, apesar de eu estar me cuidando e tomando meus remédios direitinho, com a graça de Deus.

A minha experiência de envelhecer tem sido boa. Eu aceito a velhice. Tem pessoas na minha família que não aceitam. A única coisa que eu sempre peço a Deus é que eu envelheça com saúde. Há quatro anos, eu perdi um irmão. Ele era meu camarada, nas melhores e piores horas da vida, sempre esteve ao meu lado. Ele era tudo na minha vida. Perder ele foi pra mim muito doloroso. Eu já tinha perdido a minha mãe e já tinha perdido outro irmão. Mas esta última perda me causou uma depressão. Eu passei a ter medo do escuro. Quando começava a escurecer, eu me trancava dentro de casa, e nem no meu quintal, que é grande, eu ia. Isso foi há uns três ou quatro anos. Foi aí, quando eu estava muito deprimida, que eu recebi o convite do casal que coordena o grupo de artesanato para participar das aulas. Eles dois têm uma importância muito grande na minha vida.

Ele, Gerânio (coordenador do grupo), conhecia a minha filha de terem realizado trabalhos juntos. Um dia eles se encontraram na rua, e minha filha estava muito triste, preocupada comigo. Ele notou a tristeza dela e se prontificou a ajudar. Eu não o conhecia, mas ainda assim ele me ligou, conversou comigo e me fez o convite. Na verdade, eu sempre fui apaixonada por artesanato. Ele disse que trabalhava com um grupo de idosos na Policlínica

do Largo da Batalha, e que ia começar um curso de artesanato, e me chamou para participar. No dia que combinamos, minha filha me trouxe. Estava chovendo muito mesmo. Mas eu vim.

Já a Geórgia (coordenadora do grupo), esposa de Gerânio, eu já conhecia de muitos e muitos anos. Quando eu era criança, fui vizinha da mãe dela. Ela era uma ótima vizinha, uma pessoa muito boa, que ajudou muito a minha mãe na época que a minha mãe mais precisou. O meu encontro com Geórgia foi muito emocionante porque eu me recordei daquele tempo passado, e agora ela estava me ajudando novamente.

O grupo de artesanato é muito bom! Eu sempre fui louca por artesanato, e tenho aprendido muita coisa aqui com eles, como os trabalhos com material de reciclagem. Aprendo até hoje. Somos tratadas com muito carinho, com muita atenção. Eu gosto demais desse casal! Gosto muito, porque na hora da minha depressão, eles me estenderam a mão. Sou muito grata a eles, e também ao outro grupo de promoção à saúde, que eu ando um pouco afastada, mas que me ajudou muito também.

E eu tenho uma filha e um neto abençoados. Eles me tratam com muito carinho e com muito respeito, tanto a mãe como o filho. O meu neto é pra mim o filho que eu não pude ter porque quando a mãe dele nasceu, o médico até queria me operar, pois eu não podia mais ter filhos. A verdade é que a minha filha está deixando de viver pra cuidar de mim. Eu já falei com ela que ela não pode ser assim, que ela tem que viver a vida dela. Mas como eu não saio mais sozinha, eles me acompanham onde eu preciso ir. Na minha casa, somos nós três, porque o pai do meu neto faleceu quando ele tinha oito meses. Ele não conhecia o pai. Na nossa família é assim: um ajuda ao outro. Ela trabalhando pra conseguir criar o filho e eu sempre ajudando. Eu até rio, porque ele hoje tem 21 anos, mas pra mim é o meu bebezão. Agora, devido a esta catarata, ele me pediu pra ensiná-lo a fazer comida, porque eles ficam preocupados de eu mexer em fogão. Como nem sempre a minha filha pode estar em casa pra fazer a comida, ele quer aprender para ajudar. Eles já não querem que eu mexa no fogão porque têm medo que eu não enxergue e aconteça um acidente. Eu estou ensinando o meu neto, começando pelo básico. Eu sempre gostei muito de cozinhar.

A minha maior necessidade de saúde é resolver esta catarata. Eu não enxergo mais, e fico muito triste e angustiada por isso. Já me deram um encaminhamento para o oftalmologista, lá no posto do Médico de Família, mas infelizmente eu ainda não consegui a consulta. E choro porque agora nem o meu artesanato eu estou conseguindo fazer. É uma dificuldade imensa. Eu espero há dois meses por esta consulta, e até agora nada. A minha maior tristeza é olhar para a minha filha, e não ver o rosto dela... Além do problema da vista, o envelhecimento também me trouxe algumas dores. Na semana passada, eu fiquei sem

pentear o meu cabelo porque apareceu uma dor muito forte no meu ombro, que agora eu também preciso ir ao ortopedista pra ver este meu braço.

Tem dias em que eu fico muito nervosa, porque eu quero fazer as coisas, mas não posso. Eu sei que é como a doutora já conversou comigo, que é da idade. **Quando a idade chega, não tem jeito.** Mas eu quero lutar! Eu quero voltar a ver o rosto da minha filha e do meu neto. Atualmente a minha maior necessidade tem a ver com a visão. Eu vejo tudo embaçado. Eu não vejo nada direito. Mas na mesma hora em que estou chorando e lamentando, eu penso que, assim como eu fiquei boa dos meus rins sem precisar operar, e assim como as feridas nas minhas pernas cicatrizaram, bem na hora de Deus eu vou receber esse milagre! Eu já superei outros problemas graves.

Mas está sendo muito difícil. Eu vejo tanta gente envelhecer com saúde... Eu gosto de fazer artesanato, eu gosto de fazer as minhas coisas, e não posso. Eu queria fazer pra vender, pra ajudar mais em casa. Na semana passada eu tentei sair sozinha no meu quintal, tinha um degrau que eu não vi, e eu quase caí. E eu tenho muito medo de tombo, porque as conseqüências são muito sérias.

Antes de envelhecer, eu muito pouco eu usei o serviço de saúde da policlínica. Teve uma época em que você procurava o atendimento, mas não tinha. Eu não vou falar em política, mas vou falar do prefeito. Porque antes a gente não tinha nada. Nós ainda não temos tudo o que precisamos. Está faltando muita coisa ainda, mas já temos um melhor atendimento. Eu hoje fiquei surpresa quando me falaram que agora na policlínica tem urologista e tem ortopedista. Nós não tínhamos nada disso. Era clínico geral, pronto e acabou. Eu percebo que as coisas melhoraram. Eu ouço as pessoas falarem bem. E olha que eu sou cria da comunidade, conheço isso tudo aqui desde criança.

E lá no posto do Médico de Família do Maceió, que é a minha referência hoje, eu também não tenho do que reclamar pois está sendo muito bom o atendimento. Dizem que ele tem defeito, mas, em relação à saúde, do prefeito de Niterói a gente não pode reclamar. Eu estou sendo bem atendida, tanto pelos médicos, como pelos outros funcionários. Agora mesmo eu estou em acompanhamento, e a agente comunitária de saúde vai todos os dias lá em casa me pesar, pra saber o efeito do remédio que estou tomando para desinchar. Só não vai aos sábados e domingos. A minha pressão é medida todos os dias pela minha filha, que comprou um aparelho. E mede pela manhã e à noite. Com a graça de Deus e com os remédios, minha pressão está controlada. As minhas necessidades são bem atendidas. O único problema é que lá não tem os especialistas que eu preciso: o ortopedista, o oftalmologista e o cardiologista.

Nós, aqui do lugar, ficamos muito preocupados, porque há boatos de que o programa Médico de Família daqui iria acabar. Isso nos deixou muito preocupados porque eles ali atendem muitíssimo bem. Só o que nem sempre tem lá é remédio. A medicação está faltando muito! Mas então eu pego os medicamentos da hipertensão, da diabetes e do colesterol na Farmácia Popular. Só o colírio para os meus olhos que não tem na Farmácia Popular, mas tem abatimento na outra farmácia aqui do Largo da Batalha. Eu estou tratando tudo direitinho.

Eu não queria falar de tristeza... Mas esta é a vida. Eu sempre gostei de ir à praia e ficar admirando o mar. Meu neto, me vendo triste, já me ofereceu pra me levar à praia, pra pelo menos escutar o barulho das ondas e saber que estou na praia. Sentir a brisa fresca... O sol... É como agora aqui no artesanato. Às vezes eu nem quero vir, pois de que adianta vir se não estou enxergando direito? Mas paro e penso assim: eu vou, porque eu não estou enxergando com a luz dos meus olhos, mas estou enxergando com a luz do meu coração. Hoje mesmo eu terminei um trabalho na lata, e já estou pensando no próximo. Eu queria muito fazer um bordado. Eu vou tentar! Porque a gente tem que tentar as coisas na vida da gente. Se a gente não tentar, a gente não vai saber se consegue. Não vai aprender, não vai fazer. Assim eu vou tocando a vida.

#### **Colaborador(a) nº 06 – Dália (Rede B)**

*“A gente era feliz e não sabia!”*

Meu nome é Dália, e eu nasci em Niterói, na praia de Itaipu, onde hoje em dia há um museu. Antigamente, ali existia um convento, com pedras grandes. Ali também já foi ocupado por soldados, no tempo da Guerra, que ficavam no alto. Agora existe um museu, que foi feito com a ajuda das pessoas dali. Lá tem restos de índios que encontraram numa urna que fica na beira da praia. Eu nasci ali.

Meu pai era pescador e criou 16 filhos com a pescaria, que era feita de canoa. Não saía com barco grande não. Saía da beira da praia remando. Lutou com muito sacrifício, mas criou todos. Todos nós nascemos em casa, com parteira, no mesmo quarto e na mesma cama. Minha mãe cuidava dos filhos, e criava porco e galinha para vender. Ficava com as fêmeas e vendia os machos e ovos. Hoje em dia não tem mais isso...

Da minha infância eu não tenho do que reclamar! A gente trabalhava, cortava muita lenha pra mamãe cozinhar. Subia aquela serra de Itaipu e ia até Itacoatiara procurando lenha. Depois as coisas melhoraram, quando a minha mãe passou a cozinhar com carvão, depois com querosene, até que chegou o gás. Minha mãe lutou muito, lavava muita roupa. E, sendo a

filha mais velha, eu ajudava com as tarefas, cuidando dos irmãos menores. Junto com minhas irmãs, a gente fazia muita rede de pesca, que eram compradas em braças, não se falava em metro.

Eu só estudei até terminar o primário, porque na época era assim: se você aprendesse alguma coisa, você tinha que dar vaga para outros que não sabiam nada. Dona Alcina era a nossa professora, e dava aula pra gente onde antigamente tinha um bananal, perto de Itaipuaçu. Nós íamos andando desde Itaipu, usando tamanquinho português. Nós éramos felizes e não sabíamos! Ia aquela garotada toda, caminho a fora, estudar.

Naquela época não tinha banheiro. Então, durante a aula, se alguém quisesse fazer xixi, tinha que pegar uma pedrinha que ficava em cima da mesa da professora e ir ao bananal. Nessa hora, muitos meninos aproveitavam pra puxar os cachos, furar as bananeiras, roubar os cachos de banana e esconder para madurar. Aí estragava... Porque não é assim que se faz para cortar bananeira. Tem que cortar direitinho, pra depois ela brotar. O dono do bananal achava ruim, e até foi lá fazer queixa com a Dona Alcina, mas quando apontaram os meninos, eles entregaram a professora, que ela também levava banana pra casa! Era uma criançada! Mas a gente se respeitava. Era muito bom! Ali agora é condomínio, onde só mora gente rica...

Quando criança, eu tive sarampo. Fiquei muito mal, com idade de quatro para cinco anos, numa época de carnaval, e tive que ser internada no Hospital Antônio Pedro. Minha mãe dizia que os médicos não sabiam se olhavam os blocos ou se cuidavam dos pacientes. Mas depois eu fiquei boa, por conta de uma promessa que a minha mãe fez na Igreja de São Sebastião. Sempre fomos muito católicos. Além do Hospital Antônio Pedro, a gente só tinha atendimento de saúde no Rio, na Praça XV. Como meu pai era pescador, registrado pela Capitania dos Portos, nós podíamos ser atendidos numa policlínica na Praça XV. Se tivesse que extrair um dente, tinha que ir de canoa até lá.

Quando eu me tornei adulta, o presidente da colônia de pescadores pediu ao meu pai que me deixasse ajudar, sendo assistente de Enfermagem ali. O pessoal gostava muito de mim, e via que eu dava praquela coisa de ajudar, desde criança. Só que não tinha salário, eles me davam uns trocados. Eu gostei, e fui acostumando. Meus irmãos tinham pavor de injeção, e só eu que tinha jeito pra cuidar. Puxei à minha mãe, que também gostava. Minha mãe fazia doces, aprendeu a fazer salgado, bolo... Aprendeu em casa mesmo, nunca foi à aula, e nunca foi à praia! A gente morava na beira da praia, mas meu pai não deixava ela ir. Ela era bisneta de portugueses, muito branquinha, e meu pai já era moreno, ainda mais queimado de sol, trabalhando na beira da praia.

Meu pai trabalhou muito, com muito sacrifício. Lembro de uma vez que ele e mais um encheram aquela canoa de peixes, e foram a remo para o Rio, atravessando a Baía de Guanabara. Quando chegaram no meio do caminho, bem longe, a canoa virou. Perderam toda a pesca, e ficaram boiando em cima da canoa. Uma traineira os socorreu. Depois é que vieram os melhoramentos. Eles guardaram um dinheirinho e compraram um motorzinho, que serviu para todos da colônia.

Eu tinha um irmão doente, e pra facilitar o cuidado com ele, minha tia, que morava aqui no Largo da Batalha, deixou a gente vir pra cá. Lá em Itaipu não tinha taxi, era um ônibus de tarde e outro de manhã. Eu tinha 18 anos e vim pra cuidar do meu irmão, levar para hospital, levar pra tomar choque. Ele era meu irmão mais velho, faleceu agora há pouco tempo. Aqui eu conheci um rapaz, e comecei a namorar, mas meu pai não queria. Meu pai era daqueles homens que queriam tudo certinho. Meu tio, que era da polícia, teve que ir com minha tia pra pedir o consentimento dele para eu namorar. Eu namorei dois anos até ficar noiva. Trabalhei em casa de família, era manicure, vendia de tudo na porta de casa. Eu sei que eu me virava.

Quando estava faltando um dia para eu fazer seis anos de noivado, eu me casei na Igreja de Nossa Senhora Auxiliadora, em Santa Rosa. Casei no civil e no religioso junto, e vim morar onde eu moro até hoje, que é essa casinha minha, que nós fizemos. Quando nós casamos, só tinha um quarto, o banheiro e a cozinha. Depois, fomos aumentando a casa, um ajudando o outro. Tivemos quatro filhos. O primeiro passou da hora de nascer e faleceu. Eu não cheguei a conhecer, porque me deu hemorragia e não me deixaram ver. Aí eu fiz tratamento, e tive mais três filhos, todos homens, e eu liguei as trompas. Tive todos eles em hospital, já não foi com parteira como minha mãe. Naquela época, eu já cuidava da minha saúde ali no INPS, no centro de Niterói. Foi onde eu fiz o pré-natal dos meus filhos. Depois que eu me casei, passei a ter direito porque meu marido trabalhava na SUCAM e me registrou. Ainda tenho as carteirinhas lá em casa.

Sobre o envelhecimento, eu estou encarando bem. Eu vivo sozinha, porque meus filhos casaram, e mudaram. E eu fiquei. Eu sou viúva agora, mas o meu marido já era separado de mim há tempos. Eu criei meus filhos com muitas dificuldades. O mais velho conseguiu fazer uma faculdade, e se tornou professor de Administração de Empresas, entrou para a Marinha, e hoje ele é o esteio da minha casa. Ele, com 52 anos, hoje está aposentado como suboficial, mas continua trabalhando na Marinha. Aquele é o meu bebê! Ele é casado, tem duas filhinhas – uma com 15 e outra com 10 anos – e mora em Itaipu. Os outros dois não estudaram muito não. Só terminaram o segundo grau e não quiseram estudar mais. Com o

envelhecimento, a minha saúde mudou, porque, depois da morte da minha mãe, eu descobri que eu sou pré-diabética e hipertensa também. Eu tinha uns cinquenta e poucos anos, e fui descobrindo as doenças. Com a idade chegando, comecei a fazer os exames e iniciei o meu tratamento.

Antes, quando eu era mais nova, as coisas eram mais difíceis. Agora você abre a torneira na sua casa, e tem água encanada. Mal ou bem, você tem seu telefone, e pode ligar, pedir um remédio na farmácia, pedir socorro a uma amiga, pedir um botijão de gás. Muita coisa mudou para melhor. Ainda assim, apesar da pobreza do meu pai, nunca faltou nada em casa. Ele trazia do Rio, na canoa, aquelas melancias grandes, docinhos... Ah, que festa que a gente fazia! Minha mãe comprava aquelas bisnagas grandes, cortava um pedaço pra cada um, passava manteiga, todos comiam e ficavam satisfeitos. Tinha o café da manhã, o almoço, o café da tarde e a janta. E tinha as frutas. Nunca nós ficamos sem frutas!

Da mesma forma, a minha saúde antes era melhor! A gente ria, a gente brincava, a gente corria, tinha outro pique. Era jovem e tinha mais disposição. Como diz o ditado: “A gente era feliz e não sabia!”. Dos serviços de saúde, eu não tenho do que reclamar. Sinceramente não tenho. Posso dizer que as minhas necessidades de saúde são atendidas pelos serviços, graças a Deus! O que a gente precisa é ter mais médicos. E as pessoas idosas não têm que ficar em fila pra marcar e pegar senha. Nisso, os serviços de saúde poderiam melhorar um pouco. Porque eles prometem muita coisa, mas também falta muito. É mais fácil ser atendida porque sou idosa. Comparando hoje com antigamente, o atendimento agora é muito melhor. Eu já consegui marcar médico para a vista, marcar exame pra saber se é preciso mudar de óculos ou não. Já estou com tudo marcado! Porque eu também sou assim: quando eu vejo que estou precisando daquilo, eu vou e corro atrás, procuro saber. Eu estou terminando a fisioterapia, mas o meu ortopedista já está marcado para o próximo mês. Quando eu for a ele, já terei terminado as sessões que ele indicou. Se ele achar que eu devo fazer mais, aí vai me dar o encaminhamento.

O serviço de saúde me atende porque eu corro atrás pra marcar com antecedência. Porque se precisar com urgência, não tem. Pra ser atendido rápido, só se for na emergência. Os exames que eu preciso fazer, eu marco na policlínica e faço certinho. Eu não tenho o que dizer. As pessoas, às vezes, falam muito, porque também não sabem esperar. Tem que saber esperar e tem que saber falar com as pessoas. É normal esperar um mês por um resultado de exame de sangue. E quando não tem na policlínica o que a gente precisa, eles encaminham para outros lugares, até pra convênio com hospital particular. Já os remédios, alguns eu compro. Eu estou tomando os meus cálcios, que são caríssimos. Mas a gente tem que fazer

uma força pra comprar, porque não têm na policlínica. Só o remédio da pressão que é fornecido. A sinvastatina, para o colesterol, a gente paga menos na farmácia, e o de diabetes o governo dá.

Eu também gosto muito do grupo de artesanato da policlínica! Eu gosto muito, muito, muito, porque tenho essas amigas, os professores... Eles são muito bons. Às vezes a gente está mais pra baixo. Aí a gente vem pra cá, ri, brinca, aprende a fazer alguma coisa. E mesmo que não faça certinho, pelo menos a gente está aprendendo. Eu aprendi muita coisa de artesanato aqui, que eu não sabia fazer, e agora estou fazendo. Meus filhos estão muito satisfeitos. Quando eu falo em algum dia sair, eles protestam. Eu até já ensinei minha nora a fazer algumas flores para enfeitar a igreja dela.

Eu tenho muito orgulho dos meus filhos e das minhas netas! Meu filho fez a própria casinha dele, aprendeu de ver o pai dele fazer. O pai também fazia de tudo. Ele aprendeu tudo e é muito caprichoso. Hoje eles moram em Itaipu, e construíram as suas casas em um terreno que meu marido negociou há muitos anos.

Hoje eu moro sozinha. Eu, minhas plantas e minhas vizinhas. Eu me sinto bem assim. Eu faço as minhas coisas, eles estão sempre me ligando. A minha casa tem três quartos. Tem cama, guarda-roupas, uma televisãozinha. Quem vier, dorme ali. Eu hoje sou feliz, mesmo com tudo o que eu passei, eu sou feliz. Estou vivendo bem essa etapa da minha vida.

No passado, eu já sofri muito, principalmente quando o meu marido foi morar com outra mulher. Quando eu descobri, fui lá a São Cristóvão ver com meus próprios olhos. Eu não conheço nada no Rio, mas fui mesmo assim. Uma loucura, que a gente faz quando é nova... Descobri tudo: que ele tinha um filho com ela. Hoje esse garoto se dá bem com meus filhos, e veio até no casamento de um deles.

Meu marido faleceu há três anos. Enfartou debaixo do chuveiro, é o que dizem. Ele morava longe, em Cabo Frio. Mas ele era muito bom pra mim, pros filhos. Quando me separei, emagreci bastante. Fiquei seca! Cheguei a pesar 45 kg. Sofri muito, e custei bastante para conseguir me reerguer. Hoje agradeço a Deus por ter conseguido criar bem os meus filhos. Consegui casar eles, que me deram netas lindas. Aí você vê como é a vida. Eu demorei tanto pra casar... Casei. Eu acho que, quando demora muito, a gente fica enjoada da cara da outra pessoa.

Quando eu era solteira, saía pra tudo quanto é lugar. Depois que me casei, já não ia pra lugar nenhum. Era só de casa pra casa da minha mãe, e da casa da minha mãe pra minha casa. Meu marido viajava a trabalho, e o meu irmão vinha ficar comigo e com as crianças. Eu nunca viajava, e ele vivia vida de solteiro.

Agora é que estou vivendo bem. Porque, depois que ele foi embora, eu me apertei muito com as coisas pra conseguir alimentar as crianças. Eu tenho vergonha de dizer que, às vezes, eu comprava uma maçã e dividia entre nós quatro. Minha mãe me ensinou assim, e eu ensinei aos meus filhos: tudo dividido. Meu filho, no outro dia, veio me perguntar se ele vai conseguir criar as filhas dele como eu os criei, e como a minha mãe me criou. Eu respondi que não sabia, porque o mundo agora está tão mudado. É difícil educar! As minhas netas ainda são bem educadas, quando chegam ainda tomam benção, assim como meus filhos. Eu também ajudo a educar. E eles são gratos a mim! Tanto que todos os três querem me levar pra morar com eles. Mas eu não vou, porque eu gosto muito do meu canto. Eu quero ficar na minha casa. Eu quero é que eles venham ficar comigo!

Pra gente sobreviver, não precisa de homem não. Não precisa. Mesmo estando separada do marido, eu não precisei arrumar outro homem não. A gente pode sobreviver sem homem, sem estar se envergonhando, envergonhando a família, com o nome na boca de um e de outro.

A vida é assim. Como pobre, mas com saúde e respeito. O negócio é o respeito! Eu sempre digo aos meus filhos que eu nunca coloquei homem dentro da minha casa, depois que me separei do pai deles, porque sempre os respeitei. Eu tive muitas paqueras, mas nunca quis trazer para casa, pra ninguém levar o dedo no rosto dos meus filhos. Eu falava isso pra eles nunca mexerem com filha de ninguém também. Eles namoraram direitinho, ficaram noivos, e casaram. Todo o modo como eu casei, eles casaram. Casei todos três. Todo mundo casou. E hoje me amam muito, os meus filhos me respeitam.

#### **Colaborador(a) nº 07 – Açucena (Rede B)**

***“Eu gosto muito de cantar, eu gosto de brincar, pois nem toda dor tem que ser mostrada”.***

Eu sou Açucena, e sou daqui da Estrada da Viração, no Maceió. Na verdade, eu nasci em Minas Gerais, na roça. Meu pai era colono de umas terras lá, capacho de uma família, num engenho de cana que ficava perto de uma igreja. Quando meu pai veio para Niterói, ele não queria cuidar da família. Ele não criou nem a mim nem à minha irmã, tendo colocado a gente, ainda criança, pra trabalhar na casa dos outros. Eu não fui criada com a minha família quase. Meu pai não permitiu que a gente ficasse em casa, e também nunca aceitou que os filhos estudassem.

Quando eu tinha oito anos de idade, ele me mandou para a casa de uma família em Rio Bonito. O dono da casa era Seu Chiquito, e essa família foi muito boa pra mim. Até na rádio

eles me colocaram pra cantar, parecia até uma cigarra, bem faceira. Arrumavam o meu cabelo, que ficava bonitinho, e lá ia eu toda folgada cantar na rádio. Eles mandavam as coisas para a minha mãe, dinheiro. Minha mãe nunca estudou, nunca soube nem assinar o nome dela. Ela borrava o dedo. Eu ficava muito triste de ver a minha mãe assim. Eu queria crescer! Eu queria crescer pra ajudar a minha mãe. De vez em quando, eu vinha em casa para vê-la, quando meu pai não estava.

Mas teve um dia em que eu vim, com dez ou onze anos de idade, e ele descobriu que eu estava cantando na rádio já tinha mais de um ano. Ele me bateu muito... Ele me tirou da casa de Seu Chiquito, e me trouxe de volta para perto da minha mãe. Mas eu fugi de casa, e passei a minha infância assim jogada. Com 14 anos, eu conheci um rapaz. Ele foi lá falar com o meu pai, mas meu pai não quis saber. Disse que se ele já estava se chegando pra mim, que então me levasse embora. Ele disse que tanto fazia, porque eu já tinha arrumado filho e estava grávida naquela época. Eu chorei muito mesmo, e fui embora sozinha porque o rapaz não ficou comigo. Quem me deu muito apoio, e me ajudou bastante naquele momento difícil, foi a Dona Nina, mãe de Geórgia, que hoje é a coordenadora do nosso grupo de artesanato aqui da policlínica.

Dona Nina, que eu chamava de Mãe Nina, hoje falecida, foi uma pessoa a quem eu devo muito. Eu não posso nem falar, que eu me emociono... Ela me acolheu. Com ela, eu sabia que tinha lugar para ficar. Porque quando a gente não tem apoio de pai e de mãe, a gente se sente muito perdida. Hoje eu sinto muito a falta de Mãe Nina, que tanto me cuidou, que tanto me deu amor, que tanto me segurou.

Eu só tinha estudado até a terceira série primária, e por intermédio do Dr. Néilson Rocha, que considero meu padrinho, eu fiz um curso de Primeiros Socorros. Ele ensinava a gente o que fazer quando uma pessoa se machucava. Como ali pra cima não tinha médico, não tinha nada, aquele foi um bom caminho pra mim, que já estava grávida. Quando alguém se machucava, e precisava de ajuda, eu ajudava.

No nascimento do meu filho, eu passei fome. Com cinco dias de resguardo, eu desci este morro da Cachoeira e fui trabalhar em casa de madame, com meu filho nos braços, e ainda chovendo muito. Quando meu filho tinha uns oito meses de vida, eu conheci outro rapaz. Conheci-o num dia, e no dia seguinte eu fui morar com ele. Fiz isso pra ter direito ao meu filho, porque pra trabalhar eu tinha que deixar ele, e tinha gente que falava que ia tirar a criança de mim por isso. Eu era escrava de madame, e resolvi casar pra deixar de ser. Só depois eu vi que o cara não valia nada. Fiquei casada com ele por seis meses e sofri muito, porque descobri que ele era maconheiro. Eu não conhecia droga, e até pedi ajuda do meu

cunhado pra descobrir o que era aquilo. Meu cunhado foi conversar com ele, e ele quis brigar. Agrediu o meu cunhado e foi parar na delegacia, que existia ali no Sapê. Ele foi preso, apanhou muito, e sumiu. Só depois de muito tempo me contaram que ele foi jogado no rio, e morreu. Eu só descobri que estava viúva muito tempo depois.

Depois, eu casei de novo. Nesse casamento eu também não tive uma vida boa, tive uma vida péssima. Ele era policial, e vivia viajando. Eu ficava um mês dentro de casa sozinha. Até mulher ele trouxe para dentro do quintal uma vez. Mas aí, eu tive que agüentar. Eu recebia muito apoio, principalmente dentro da policlínica. Eu tinha uma grande amiga, que conversava comigo depois que Mãe Nina faleceu. Os médicos que me atendiam também me ajudavam muito, doutora Yolanda, doutora Cínthia. Foi aí que começamos a montar o grupo de idosos da policlínica. Naquele tempo, essas doutoras daqui eram muito boas. Elas atendiam, cuidavam da gente, colocavam a gente pra passear. Tanta coisa a gente fazia...

Nessa época, eu trabalhava no Conselho Tutelar, com criança de rua. Eu sofria muito no meu casamento, e cheguei a querer abandonar a vida porque eu já não agüentava mais! Eu tinha uma casa, mas eu não cuidava da minha casa. Eu não agüentava mais a vida que eu estava levando com aquele homem. E todo mundo aqui da policlínica me deu muito apoio. Aqui, onde hoje existe a sala de artesanato, eles davam leite para as crianças. Eles chamavam de 'vaca mecânica', porque tratavam leite e distribuía para a comunidade. Era um trabalho maravilhoso! Quando a gente não tinha as coisas em casa, aqui eles nos davam mantimentos. Também tinha aula de pintura em tecido, que eu aprendi aqui. A gente praticamente passava o dia todo aqui, conversando, batendo papo. Era ótimo! Depois acabaram com o nosso direito! Acabaram com tudo.

Quando eu era mais nova, eu trabalhei em casa de família. Até que o meu marido arrumou pra mim, na época, pra trabalhar no Hospital da Polícia Militar. Eu fui trabalhar na copa, mas não agüentei, porque tinha que pegar panelas muito pesadas. Aí eles me colocaram pra trabalhar junto da Enfermagem, como servente. Eu arrumava cama, ajudava a dar banho, aprendi a fazer curativo, até me aposentar por invalidez. Eu fui ajudar a socorrer uma mulher que pôs fogo no próprio corpo, num dia de muita chuva. Eu escorreguei na escada do hospital, e eu sofri uma queda terrível. Eu ainda levantei, e continuei a trabalhar, mas não teve jeito. Minha coluna envervou, e eu sentia muita dor. Cheguei até a usar um colete, mas não consegui trabalhar mais.

A minha experiência de envelhecimento tem sido péssima! E não é vaidade não! É que envelhecer machuca muito qualquer pessoa. A gente fica limitada, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo. Com a família, é uma guerra, uma briga danada. Atualmente eu estou

morando numa casinha, e o meu filho quer que eu saia de lá por conta da violência. Ele quer que eu venha morar com ele e minha nora, porque arrancaram o braço de um rapaz lá perto de onde eu estou morando agora. Eu não quero vir.

Quando a gente é mais jovem tem mais espaço pra agir a vida, pra resolver problemas, fazer isso e aquilo. A nossa idade nos dá prioridade em uma parte, e tira em outra. Por exemplo: nós temos passe livre de ônibus para sairmos, e mesmo sem dinheiro, a gente pode ir pra rua. Eu mesma gosto de sair pra distrair a cabeça, quando estou com um problema. Mas tem coisa que a gente não pode agir. Não pode! Eu quero fazer um negócio, e não posso. Eu já quis resolver esse lance de moradia várias vezes, mas eu não pude resolver. A idade não permite, a gente não tem condições, nem de fazer um empréstimo.

E, com o envelhecimento, aparece muita coisa no corpo da gente... Aparece muita dor, muito cansaço. Eu sinto muita diferença de quando eu era mais jovem. Podem dizer que é preguiça, mas não é! É que a gente se sente mesmo cansada. As nossas pernas ficam doídas! O corpo da gente quando está jovem é uma coisa. Vai chegando a idade, fica outra.

De bom, só posso dizer que existe o encontro, a união com as outras pessoas da mesma idade, para brincar, para rir, como nós fazemos aqui nos grupos da policlínica. É muito bacana, porque a gente canta, a gente dança, a gente se diverte, a gente ri. O que levanta mais a gente é o grupo! Porque o bom da nossa vida de idade é só isso! No outro dia até ouvi que iam acabar com o grupo. Eu fiquei desesperada! Se acabar, vai matar muita gente de idade. Se não tivesse o grupo, eu estaria morta!

A minha maior necessidade de saúde, agora no momento, é realizar uma cirurgia, para retirar esta hérnia umbilical que eu tenho. A minha necessidade é essa. Eu preciso de um médico que me opere, que tire esse negócio, que ajude a me cuidar. Do coração eu estou legal, porque a minha pressão é alta, mas eu venho controlando. Mas a hérnia me causa muita dor. Tem dia em que eu não levanto da cama, porque a hérnia está afetando a minha coluna. Eu já consultei, já fiz exames, até pagos. Mas eu estou aguardando marcarem a cirurgia, já há quatro anos!

Quando eu era nova, não tinha nada disso. Eu dançava e sambava muito! Eu até ia a médico, com data marcada. Eu sempre me cuidei. Sempre fui uma criatura que gostava de viver e de me cuidar, até quando tinha meu filho pequeno. Não tinha ninguém que me visse mal vestida. Desde essa época, eu comecei a freqüentar a policlínica, que antes era um postinho de saúde. Ali fiz muitos amigos, e sempre estive em mão de médico. Mesmo com os problemas do meu casamento, eu não deixei de freqüentar a unidade de saúde. Eu fiz uma

carteirinha pra meu marido também freqüentar o grupo. Até viajar com a gente ele foi! Depois ele não quis mais ir. Eu continuei!

A verdade é que antigamente os médicos eram muito bons. Hoje eu já não conheço bem os médicos. Eu parei de marcar, e fiquei muito tempo sem ir ao ambulatório, fiquei só freqüentando os grupos, porque aquelas meninas que costumavam atender a gente bem pra marcar estão todas elas se aposentando. Agora são outras. Aquilo vai me dando um desgosto. É que eu me aborreço e não sou de falar, sou de ficar amuada. Eu já deixei uns papéis meus, de encaminhamento para exame e cirurgia lá, e os papéis sumiram. Isso machuca muito a gente! A gente tem que estar pedindo, implorando. Eu mesma, junto com outras pessoas do grupo, já fui lá à administração pedir para não acabarem com o grupo de artesanato. Eu fiquei doente só em pensar que o grupo iria acabar! Fiquei preocupada, nervosa, com medo de eles tirarem a gente dali. Juntou essa notícia com uns problemas que eu estava em casa, e fiquei doente. Foi aí que arrumaram a sala, mandaram pintar, e hoje temos uma sala, graças a Deus!

O que acontece com os serviços de saúde hoje é que muitos médicos acham que o trabalho deles é só sentar numa cadeira, e não precisar ouvir o paciente. Em primeiro lugar: a gente, quando entra numa sala pra falar com o médico, a gente tem que encontrar ali um sorriso! Eles precisam falar com a gente direitinho, com calma, nos ouvir, prestar atenção no que estamos levando, ler o papel que a gente apresenta pra eles. Às vezes, a gente faz exames em outros lugares, e traz o resultado em CD. Eu sempre levo pro médico que pediu o resultado, inclusive o CD, que muitas vezes nem bota a mão, nem lê, nem tira do envelope.

Pra mim, o cuidado que é prestado pelos serviços de saúde não está dando conta das minhas necessidades. Os serviços não estão dando conta de nada! Estou esperando uma cirurgia há quatro anos. Por conta da dor e da preocupação, às vezes eu não saio de casa, durmo o dia todo, pois eu me sinto muito triste. Eu só me sinto melhor quando eu estou com minhas colegas no grupo. Se eu disser que eu me sinto alegre, eu estou mentindo. Eu me sinto triste e magoada. Eu me sinto como se eu fosse um caramujo, fechado numa concha, no meio do mar. Porque eu não tenho como expandir. Em casa, eu não tenho ninguém com quem conversar, rir, brincar, contar um causo. A solidão me machuca. Eu sinto dores horríveis e me sinto triste.

O meu filho quer que eu vá morar com ele, mas a verdade é que ele está com medo de eu morar sozinha no lugar onde estou. Não quer me trazer pra conversar comigo. Ele é de pouca conversa, e ainda trabalha no Rio. Minha nora também é assim, trabalha fora e quando não está trabalhando vai pra casa das irmãs ou fica no celular. Eles saem pra trabalhar, e eu fico sozinha dentro de casa! De qualquer maneira, eu não tenho com quem conversar. Muita

gente fica falando pra eu sair de casa, ir passear, andar, ir não sei pra onde... Querem que eu arrume um marido pra casar! Como se fosse simples isso. Não, não é.

Eu tenho uma irmã, que está doente. Eu até já quis ir morar com ela, levantar uma casa pra nós duas morarmos juntas. Mas eu não tenho condições. O dinheiro não dá... Não dá porque o pedreiro cobra muito dinheiro. Eu também já pensei em pedir ao Luciano Huck, da televisão, pra fazer a minha casa, mas eu não sei mandar a carta pra ele, eu não sei pedir. Se eu tivesse a minha casinha boa, por aqui, eu poderia levar minhas colegas na minha casa, pra gente bordar junto, pra gente ter companhia. Mas eu não tenho.

Eu também tenho uma filha, que mora no Atalaia, mas eu não tenho contato. Ela não me procura, ela não me telefona... Tudo porque quando o meu marido faleceu, ela achou que eu deveria dividir o dinheiro da pensão com ela. Ela tem 34 anos. O processo pra resolver isso está tramitando. Eu fiquei um bocado de tempo sem o dinheiro da pensão, e ainda estou brigando na justiça. E a morte do meu marido foi barra pesada pra mim! Numa hora, o homem estava ali conversando comigo, e na outra estava morto. Eu criei três filhos dele. Só Jesus sabe como foi!

A gente estava sem se falar já há quase um mês, morando na mesma casa. Nesse dia ele entrou e falou comigo, avisando que no dia seguinte iria sair cedo pra ver um terreno em Maricá. Eu estranhei. Eu estava sentada na sala fazendo uma bolsa de fuxico. Ele deitou no sofá, e foi ver um filme, que ele gostava. Quando acabou o filme, ele foi tomar banho. Eu aproveitei pra ir arrumar a cama, colocar lençol, tudo separado. Ai de mim se não separasse! Eu esperei ele sair do banho, e nada! Pensei que ele pudesse ter saído sem eu ver, ter ido à casa da filha, bem ao lado. Até que ouvi uma roncaria vinda do banheiro. Eu bati muito na porta, e, como ele não abriu, meti o pé de cabra na porta e empurrei. Ele estava lá caído. Bati no peito dele, pedi socorro, o puxei pra debaixo do chuveiro e abri a água em cima dele. Eu gritei muito, e o genro dele veio socorrer. Levamos ele para a emergência da policlínica.

Na emergência, encontramos um médico maravilhoso, que nunca mais eu vi por lá! Ele foi atendido, e chegou a recobrar a consciência, mas em seguida começou a vomitar e precisou ser levado na ambulância para o Hospital da Polícia Militar. De lá, levaram ele para o Hospital Azevedo Lima, para a sala de Trauma. Tudo isso eu acompanhando ele. Quando fui em casa, tomar um banho e buscar algumas coisas, recebi um telefonema do hospital que ele tinha falecido. Ah, foi muito duro!

Isso tem doze anos de acontecido. Por mais que nós brigávamos, por mais que nós tínhamos as nossas desavenças, a morte do meu marido foi um choque pra mim. Convivi com ele 37 anos... Apesar de tudo, eu sinto a falta dele. Por todas as nossas brigas, por tudo que

nós passamos. Ele viajava e me deixava sozinha, mas eu sabia que ele voltaria. Ele saía de manhã para trabalhar, e eu sabia que no final do dia ele estaria de volta. Então, ele estava ali. Saber que não está mais me machuca. Eu apanhei dele, mas eu sinto. As pessoas não entendem isso, nem meu filho. Acham que isso é bobagem, não respeitam a minha dor.

A idade da gente é muito recusada! Mesmo com aquela idéia de partir pra outra, gente não vai conseguir se relacionar com qualquer pessoa. Eu tenho 77 anos, se alguém passa na rua e me vê conversando com uma pessoa, logo chamam de sem-vergonha, safada. As pessoas falam muitas coisas, existe um julgamento muito pesado em cima da gente. A gente escuta cada coisa... Uma vez, lá no grupo mesmo, uma pessoa me viu rindo, brincando, me divertindo, e depois foi espalhar lá no Sapê que eu estava com um fogo danado. **Eu gosto muito de cantar, eu gosto de brincar, pois nem toda dor tem que ser mostrada.**

Da minha depressão, eu já tratei na UFF, já tratei em Icaraí, porque eu não agüentava mais. Eu acordava sufocada de tanta dor, até sangue pelo nariz eu coloquei. Problema de saúde é uma barra! E eu acho que a saúde está atendendo pouco, e não só os idosos. Eu tive um problema no posto do Médico de Família uma vez, que nunca mais vou voltar lá. Procurei atendimento lá, e encontrei as meninas que atendiam conversando na porta. Eu entrei, fiquei um tempão esperando para me cadastrar, mas fui embora sem isso. Sequer fui ouvida.

Precisa resolver também o horário de atendimento. Não tem necessidade da pessoa, principalmente idoso, ficar esperando horas e horas. A consulta do médico é marcada para sete horas da manhã, mas o médico só chega oito ou nove horas. E às vezes liga dizendo que não vai! Muito difícil. E a gente não pode falar, a gente não pode dizer nada. Do mesmo modo, quando o médico sai pra almoçar, não fica ninguém para nos atender. Eu penso que deveria haver um médico para substituir o outro na hora do almoço ou quando faltasse. Às vezes não aparece ninguém nem pra falar, dar uma satisfação. Não é exigência não! É ética, que não se tem! Tem situações que eu passo mal, e nem vou ao médico para não me aborrecer. Eu sinto muitas dores, mas ir ao médico às vezes piora. Isso estressa a gente, porque eles não estão lá fazendo obrigação. Até estão, porque eles estudaram pra isso. Mas, para o estudo deles ter valor, é preciso mostrar trabalho!

No Hospital Antônio Pedro, eu sou muito bem atendida, tanto que eu não quero nem mais sair de lá. Eles me atendem com atenção, com carinho, me examinam, olham meus exames. Tudo com bom humor, brincando comigo! Como eu sou bem atendida naquele lugar! É um tratamento completamente diferente. Na policlínica, eu me dou bem com todo mundo da administração, da diretoria, das chefias. Mas os médicos mesmo... Eu fui a um médico aí que me tratou tão mal, que eu me afastei. Antigamente, tinha médicos bons. Hoje isso é raro.

**Colaborador(a) nº 08 – Acácia (Rede A)*****“A minha vida é marcada pelo cuidado”***

Meu nome é Acácia, e eu nasci em Niterói mesmo, aqui em Pendotiba. Na minha família fomos quatro irmãos, três irmãos homens e eu, que sou filha do meio. A minha mãe trabalhava muito, como lavadeira. Depois, ela fez um curso de auxiliar de Enfermagem, e foi trabalhar fora. Eu, então com oito ou nove anos de idade, passei a tomar conta da casa. Eu tinha um irmão mais novo, e eu tomava conta dele. O meu pai era pedreiro. Mas ele não participava muito da nossa vida não. Ele vivia com a gente, mas era um pai ausente, uma pessoa que bebia muito e maltratava a família. E assim nós fomos crescendo.

Quando eu era criança, eu estudei só até a quinta série. Desde cedo, eu tive uma vida muito sacrificante de trabalho. Na época não tinha água encanada, as ruas não eram asfaltadas. Nós tínhamos que carregar água para conseguir fazer as tarefas dentro de casa, tomar banho, e tudo mais. Era tudo muito difícil, muito difícil mesmo!

Um pouco mais tarde, já adolescente, que eu voltei a estudar, fiz o científico, mas não consegui terminar o último ano. Eu me casei nova, com dezenove anos. Eu tive dois filhos, e não tinha com quem deixá-los para eu trabalhar. Então a gente foi se virando do jeito que dava. Eu ficava em casa, levava meus filhos para a escola, até a adolescência eu tratei deles. Quando eles se tornaram adolescentes, eu comecei a trabalhar fora. Fazia um serviço doméstico aqui, outro ali. Passava roupas, fui doméstica...

Aos quarenta e seis anos, eu voltei a estudar. Concluí o ensino médio, e até tentei o vestibular pra experimentar, ver como é. Na época, eu peguei isenção da taxa de inscrição da UFF, e prestei o vestibular pra sentir o gostinho. Eu gosto de estudar.

**A minha vida é marcada pelo cuidado.** Primeiro eu cuidei dos meus irmãos, da casa, depois de meus filhos, e ainda teve outros cuidados também... Eu tinha uma madrinha, e ela não tinha filhos. Então, quando ela ficou doente e de idade, eu ia todos os dias lá na casa dela, e fazia o que fosse preciso. Durante bastante tempo, eu ajudava com as tarefas domésticas, levava a médico, acompanhava sempre na emergência, tratava do pagamento, essas coisas assim. Eu cuidei tanto dela quanto da irmã dela, mais idosa ainda.

Hoje, eu cuido do meu irmão. Pra mim não é difícil, porque eu fiz um curso de cuidador de idosos, em 2005, 2006. Eu trabalhei com isso já, além das experiências que já tinha. Durante quatro anos, eu tive a minha experiência profissional, cuidando de uma idosa. Mas eu tive um problema de saúde, artrose, que me dificultou trabalhar. Além disso, a

senhorinha se foi, e eu resolvi dar uma parada. Foi nessa parada, pra descansar um pouco e cuidar da minha saúde, que meu irmão apareceu nessa situação.

Sobre o envelhecimento, eu percebo que há mudanças acontecendo no meu corpo. O mais marcante dessa mudança é o fato da gente ficar mais lenta, sentir dores que antes não sentia. São dores no corpo todo, nas articulações, e que acabam acarretando outros problemas de saúde. Mas eu não me importo muito não. Acredito que eu estou conseguindo lidar bem com isso tudo.

Pra mim, fica até difícil falar sobre necessidades de saúde. Porque eu penso que a necessidade que existe é do cuidado. É preciso tomar os medicamentos corretos, seguir as prescrições e orientações dos médicos. Não se pode descuidar. Tem que estar sempre indo atrás do atendimento, da realização de exames. Pra ficarmos bem, tem que ser dessa forma. Quando surge um problema, tem que ir lá procurar o recurso.

Eu uso o serviço de saúde da policlínica há muitos anos, e bastante. As dificuldades que encontro são as de marcação das consultas médicas, que a gente às vezes não consegue. Nós procuramos a policlínica e somos informados de que não estão marcando consulta. Aí é preciso voltar outro dia, mas nunca se sabe exatamente que dia será aberta a marcação. Isso faz perder tempo e dificulta mais a nossa vida.

O serviço oferecido é bom, e atende ao que eu preciso. Vários exames eu consigo fazer pela policlínica. Só os medicamentos que não é sempre que têm lá para fornecer. Tem época que tem mais medicamentos disponíveis. E tem época que falta.

Mais nova, eu não ia a médico com frequência não. Procurava o serviço de saúde mais para vacinar os meus filhos, ou quando tinha a necessidade de um atendimento de emergência. Já tem bem uns quinze anos que eu passei a ir mais, quando eu tinha os meus quarenta e cinco anos, mais ou menos. Passei a procurar mais por conta do meu problema de coluna, da artrose. Antes até eu busquei acompanhamento médico porque descobri a hipertensão. Isso já tem bastante tempo.

Eu não vejo diferença no atendimento porque sou considerada idosa não. Penso que não há diferença alguma de tratamento, nem para bem nem para mal. Eu recebo atendimento da mesma forma que recebia antes dos sessenta anos de idade. Os serviços poderiam melhorar o cuidado, modificando este sistema de marcação, colocando uma data certa para marcar as consultas, uma data fixa no mês. Ou então, voltar a fazer como era antes: eles marcavam todos os dias.

Fazendo da forma como é hoje, as pessoas não sabem ao certo quando ir à policlínica marcar, e quando liberam, forma-se filas enormes, fica uma confusão que ninguém entende

nada. Queria que não tivesse a fila, aquele tumulto, num dia só. Marcar uma vez no mês faz aquela confusão toda, que não tem necessidade e poderia ser uma coisa mais tranqüila.

O serviço também seria melhor se não faltassem medicamentos. Muitas vezes, nós procuramos na farmácia da policlínica, e não tem os remédios que a gente precisa. Fora isso, acho que estamos sendo bem cuidados pelos serviços de saúde. Até no cuidado com o meu irmão, está sendo feito tudo o que é possível por ele. Não tem mais o que fazer. Então temos que esperar a evolução dele nos tratamentos.

#### **Colaborador(a) nº 09 – Jacinto (Rede A)**

*“O que eu preciso pra ter uma boa saúde é da benção de Deus”.*

Eu nasci em 02 de maio de 1925, Rua Mem de Sá, perto do Morro do Cavalão, aqui em Niterói. E me criei um pouco na Rua Lopes Trovão, entre Gavião Peixoto e Tavares de Macedo. Naquele tempo, era Rua Cabral, e depois que passou a ser Rua Tavares de Macedo. Conheci aquela região toda ali de Icaraí. Naquele tempo existia muita restinga, que é uma espécie de areal.

Com nove anos de idade, minha mãe me colocou pra trabalhar de empregado numa casa na Rua Martins Torres, onde eu acabei de me criar. A gente precisava trabalhar pra comer, porque a situação na época era muito ruim. Era uma fase difícil, e a nossa situação naqueles anos era péssima. A minha mãe não tinha condição de criar os filhos, e me jogou nessa casa, a bem dizer. O nome do cidadão era Dr. Saraiva. Eu não sei o que ele era. Na época eu era criança. Da patroa eu não me lembro mais. Eu comecei a trabalhar limpando quintal, limpando banheiro.

O meu pai eu não conheci. Eu me lembro de ouvir a minha mãe falando com a minha tia, finada Nanata – esse era apelido, o nome dela era Delmira – que ela só esteve com ele uma vez. Ela contava que, quando eu já era quase adolescente, tinha os meus 10 anos de idade, por aí, ela foi procurar o meu pai na construção. Ele trabalhava em obra, e se chamava Gerânio. Ela dizia que quando chamou por ele na obra, escutou aquela voz: “Gerânio morreu”. Aí ela voltou, e não procurou mais. Depois eu botei o nome Gerânio no meu filho, que está vivo, graças a Deus!

Eu tive alguns irmãos. A mais velha tinha o apelido Lulu, mas o nome dela era Luzia. As outras eram a falecida Miúda (o nome era Argentina), Dalva, o falecido Doca (o nome dele era Jorge) e Bira (Birajara). Os meus irmãos, pequenos, também já trabalhavam. Primeiro ela botou o Doca com a falecida Nanata, que era a minha tia. E Bira ela botou com Lulu, a filha mais velha, lá no Buraco do Juca, Rua São Januário.

Depois que eu saí da casa do Dr. Saraiva, a minha mãe me colocou para trabalhar numa casa pra carregar marmitta, lá na Rua Miguel de Frias. Depois fui para outra casa, carregar marmitta também, na Travessa Capitão Zeferino, na Rua Gavião Peixoto. Tudo em Icaraí. E assim eu fui crescendo, trabalhando de casa em casa. De 1936 para 1937, eu já estava com onze pra doze anos, ela me colocou numa casa na Rua Gavião Peixoto, pra varrer quintal, ser mensageiro. A gente saía de uma casa, e ela me botava para outra. Situação difícil... Nunca fui à escola. Foi meu irmão mais velho que me ensinou a escrever quando eu tinha meus 17 anos, com uma cartilha que minha mãe comprou.

De 1949 para 1950, eu arranjei a minha primeira mulher. No ano seguinte, nasceu a primeira filha, já morta. Era uma menina. Em 1954, nasceu Fernando, Fernando Jorge. Em 1956, nasceu Gerânio. Eu vim morar no Sapê em 1957, num barraco perto da escola, e em 1965, depois que a minha mulher morreu, eu consegui comprar um terreno e construir a minha própria casa, onde eu vivo até hoje. Só em 1980 é que aconteceu o casamento mesmo, com Luzia. Foi aí que eu casei.

A minha vida foi sempre assim, trabalhando, sempre trabalhando muito. Eu trabalhei na construção civil, desde os meus 14 anos. A única vontade que eu tenho até hoje é trabalhar, mas eu não posso mais. Ainda assim, eu me sinto hoje melhor do que quando era novo, por incrível que pareça. Só de lembrar da situação que eu vivi, e na qual minha mãe morreu, eu hoje dou graças a Deus por ter o meu lar melhorado. De vez em quando eu sento na minha cadeira, e fico pensando na beleza que eu tenho nessa casa. Naquele tempo de minha mãe, a casa era de pau-a-pique. Nós vivíamos numa condição horrorosa de muita pobreza. Eu tive uma infância e uma adolescência triste.

Apesar disso, eu não ficava doente. Quando jovem, eu corria, era corredor fundista. Pelo menos duas vezes na semana eu praticava corrida, e cheguei até a competir e ganhar medalha pelo Exército e por dois clubes de Niterói. Eu fui cair doente aos 91 anos de idade, quando eu enfartei. Antes disso, eu só tive umas pequenas gripes, e tratava com chás de ervas. Eu tive saúde na minha juventude, e não ia a médico. Não freqüentava médico de jeito nenhum. Uma coisa incrível! Eu simplesmente não precisava de atendimento. Trabalhava muito na minha vida, e tinha saúde. E é por isso que eu tenho essa vontade de trabalhar até hoje, porque eu me habituei no trabalho. Acostumei a trabalhar e tenho vontade de trabalhar. Meus filhos também não tinham doença. Já a minha mãe morreu num estado lamentável, sem condição nenhuma. Ela morreu de câncer no útero, sem conseguir se tratar, pois naquela época o tratamento era muito precário. Quando isso aconteceu, eu tinha 29 anos de idade. Ela morreu em 1954, em uma miséria triste, sem recurso para tratamento, e eu sinto por isso até

hoje. O único cuidado que ela recebeu foi da minha irmã, que deixou a minha tia aqui no Sapê, e foi tratar dela na Rua Martins Torres, no barraco que a gente morava, dando banho, alimentando... Triste situação! Só teve cuidado da família, em casa. Agora eu me sinto bem, graças a Deus, porque tenho o meu filho, a minha nora, meus netos, que estão sempre comigo.

Quando eu olho pra minha saúde, eu penso que **o que eu preciso pra ter uma boa saúde é da benção de Deus**. E tenho a minha família, que cuida de mim, graças a Deus. Meus netos, Kelly e Rodrigo, que estão sempre à minha volta. E quando preciso, eu sou atendido na Policlínica do Largo da Batalha. Eu estou com esta sonda na bexiga, e por isso tenho que ir lá sempre. Eu não sei até quando que eu vou agüentar com isso. Lá na policlínica, eu tenho sido bem atendido, graças a Deus! Eles fazem o que podem. A única coisa que eu vejo que pode melhorar é acabar com essa mudança de profissionais no atendimento. Porque hoje o doente é tratado com um, amanhã é por outro, depois por outro. Se tivesse sempre o mesmo profissional acompanhando, seria melhor. Mas é difícil. Pelo que eu analiso, quando a pessoa tem condições financeiras, ela tem melhor cuidado, ela paga uma pessoa pra cuidar dela. Infelizmente eu não tenho essas condições, mas ainda tenho a minha família, que me acompanha e cuida de mim. Mas seria bom se pudesse ficar uma pessoa só cuidando daquele enfermo, levando pra cá e pra lá. Já eu peço a Deus que me conduza até o dia que me permitir. É só isso, mais nada.

Se eu pudesse falar sobre o envelhecimento, eu diria a essa pessoa, como já digo aos mais novos que eu, que é preciso ter paciência, e pedir a Deus que ilumine para que se compreenda o que é a vida. Porque eu não tenho estudo, não tenho nada, mas tenho esse pensamento de que cada um tem a sua própria história. O que acontece com um, não acontece com outro. Cada pessoa tem um modo de reagir. Então, se cada pessoa tem um modo de reagir, cada pessoa tem um modo de envelhecer também. O que eu sinto é diferente do que os outros sentem. Cada um pensa e vive a seu modo. A vida é essa mesma. Eu costumo falar para o meu filho, para o meu neto: o que você tiver que fazer hoje, faça! Porque o amanhã você não sabe. Não sabe se você chega amanhã ou não. Agora, faça direito! Porque o amanhã chega diferente. Pode chegar melhor, e pode chegar pior. Então, o que eu puder fazer hoje, eu faço. É por isso que eu estou doido pra ficar melhor, sair por aí, andar... Se eu tivesse mais liberdade, eu gostaria de trabalhar, fazer o que é preciso. Agir. Porque a vida é essa. Não tem mais nada de bom nessa vida não. A vida é o que você puder fazer hoje. Então faça, mas faça direito, porque daqui a pouco você não sabe. Nós estamos aqui agora, mas daqui a pouco...

**Colaborador(a) nº 10 – Azaléa (Rede B)**

***“Tem horas que você mesmo tem que se dar um solavanco!”***

Eu sou Azaléa, e a minha vida começou na roça, em Natividade de Carangola, em Minas Gerais. Minha família era de lá. Eu morava com meus pais, minha irmã, e dois irmãos, até meu pai ficar muito doente, e precisar ir para o centro de Natividade para se tratar. Levou com ele um de meus irmãos. Nesse período, minha mãe deu à luz a mais um filho, mas a parteira errou ao cortar o umbigo da criança, que morreu. Nós tivemos que buscar papai às pressas em Natividade, pra ver a criança, mas quando ele chegou, já tinha acontecido o enterro. Lá, o velório era feito em casa. Um vizinho foi o compadre de mamãe, que batizou a criança em casa também. Depois de vinte e um dias, morreu outrozinho. Este estava doente, e chegou a ser internado no hospital. Mas não adiantou.

Quando eu tinha seis anos de idade, nós viemos para Niterói, ali para a Estrada da Viração, no Maceió. A partir daí, vivi a minha vida inteira aqui na região. Com onze anos, fui trabalhar em casa de família. No começo foi triste, porque na casa havia três garotos que me maltratavam muito. Um de sete anos, outro de nove, e outro de onze anos. Os três me batiam! Um dia eu fui falar com a patroa, mas ela nada fez, dizendo para eu ficar quieta, porque eles eram crianças iguais a mim. Aí eu fiquei quieta. Resolvi não reclamar mais porque papai só vivia doente, e eu precisava daquele dinheirinho para comprar remédio e roupas pra todos nós. Eu sofri!

Meu pai era pedreiro, mas só vivia doente. Ele tinha água na pleura. Quando eu já era casada, e já tinha dois filhos, eu precisei deixar minha casa, ali na Cachoeira, pra ir cuidar dele e da minha mãe no sítio que eles moravam, no Maceió. Meu pai sofreu muito, porque ele ia ao médico, mas o médico não queria dar benefício a ele. Um dia, ele saiu de casa para a perícia, decidido que naquele dia o médico iria dar o benefício. Ele contava que, chegando lá no INSS, ficou segurando uma cadeira. Quando o médico falou que ele não tinha nada, ele mandou ver a chapa. Como o médico continuou insistindo que ele estava bom pra trabalhar, ele xingou, pegou a cadeira e jogou em cima do médico. Aí veio outro, dizendo que ele estava muito nervoso. Ah! Ele xingou mais, protestou, dizendo que estava morrendo à míngua porque eles não queriam conceder o benefício. Foi só aí que este médico deu a ele dois meses de licença. Depois deu mais dois meses, e depois mais três meses. Aí meu pai morreu. Não chegou a se aposentar, mas depois nós conseguimos que a minha mãe recebesse pensão pela morte dele. Eu que corri atrás, porque eu era a procuradora dela.

Eu trabalhei em casa de família durante muito tempo. Eu cheguei a ter carteira assinada. Eu pagava a contribuição de um salário, e a patroa pagava a contribuição do segundo salário. Mas depois deu uma confusão, porque eu saí de lá, mas ela não deu baixa na

minha carteira. Consegui resolver no INSS, com uma prima que trabalhava lá, que deu baixa na carteira, e disse que não adiantava nada contribuir com dois salários, que eu só iria me aposentar com um. Aí eu fiquei pagando só um carnê, todo mês. Contribuí por 24 anos.

Pra mim, o envelhecimento é uma coisa normal. Agora então, que eu não ligo mais pra nada... Se eu cismar de passear, eu vou. Se tem uma excursão, eu vou. Assim eu vou levando! Quando eu não tenho dinheiro, meu filho mais velho paga pra eu ir, e eu vou. Eu me arranco! Antes não era assim. Antes a vida era mais dura, porque eu ganhava uma merreca... Eu trabalhava muito como doméstica, tinha meus três filhos para criar.

De uns tempos pra cá, tenho percebido que a minha saúde está piorando. A perna está ruim, eu quase não enxergo. Eu tenho que andar olhando para o chão pra não cair. Na sombra eu enxergo melhor do que no sol. E, pra completar, ainda surgiu a necessidade de fazer uma cirurgia no coração... É brabo! Há quatro anos, eu descobri este problema do coração. Eu tinha vindo pro Largo de manhã, e cheguei em casa umas onze horas da manhã. Cheguei, almocei, e deitei pra descansar. Despertei umas duas horas da tarde, com o coração batendo muito acelerado e uma falta de ar... Eu fui andando sozinha pra emergência da policlínica. Chegando lá, eu só pedia pra não me deixarem morrer. Eu nem precisei esperar, o médico veio na mesma hora, e me colocou lá dentro, pra fazer alguns exames. Naquele dia, o médico não saiu do meu pé, ficou só cuidando de mim.

Depois, eu liguei para o meu filho, que veio pra me acompanhar. Eu cheguei na emergência às três horas da tarde e saí de lá uma hora da madrugada! Depois consultei com cardiologista, que me passou outros exames. Aí deu que estava com um problema do coração. Isso tudo eu já tinha sessenta e nove anos de idade. Eu até ia a médico, mas não tinha muita regularidade. Quando eu estava grávida do meu caçula, eu fazia pré-natal no CPN, mas ninguém me disse que eu era hipertensa. Eu descobri quando eu fui resolver umas coisas lá no centro de Niterói, e passei mal na rua. Entrei numa policlínica lá, e pedi para medirem a minha pressão. A garota não quis medir, porque já tinha guardado o material. A minha sorte é que uma outra senhora me viu daquele jeito, e me atendeu. Dali mesmo eu fui encaminhada para o hospital para internar. Eu estava perto dos oito meses de gravidez.

Quando cheguei no hospital, enquanto resolviam a questão da internação, eu apaguei. Não vi médico, não vi mais nada. Lembro de acordar numa quinta-feira, perto de onze horas da noite. Vi aquela lua bonita, até parecia dia. Tinha uma enfermeira bonitinha, magrinha. Quando eu fui fazer um movimento, ela pediu calma que eu estava operada. Eu nem sabia! Eles fizeram uma cesárea pra salvar meu filho, mas não acreditavam que eu ia sobreviver.

Quando o meu marido foi me visitar, o médico chegou a me tirar do CTI e me colocar na enfermaria, pra eles me verem, achando que eu não resistiria.

Aí o meu marido, na mesma hora, achando que eu ia morrer, saiu e já foi catar mulher. Até hoje eu sei que, de vez em quando, ele arranja umas biscates por aí. Eu conheço... Mas eu não ligo mais não. Do jeito que ele está ali agora, fica pra quem quiser. Que se lasque... Eu só quero que me ajude em casa com dinheiro. Na verdade, ele nem sabe que eu sou aposentada! Eu escondo o meu trocado. Porque, quando a gente era mais novo, ele não me dava porcaria nenhuma! Agora, todo mês, ele me dá trezentos ou quatrocentos reais, achando que é pra pagar o meu INSS... Isso já tem uns treze anos, desde quando ele se aposentou, aos sessenta e cinco anos. Eu pego o dinheiro e compro umas coisas... Faço o que eu quero!

A minha necessidade de saúde hoje é ficar boa das pernas! Eu tenho artrose, e eu sei que não tem cura. Eu tomo de tudo que os médicos passam, mas não tem jeito. Eu já tenho até uma perna mais curta que a outra. Vivo puxando da perna. Eu acompanho com o ortopedista, tomo o remédio que ele me passou, e já estou programada para voltar nele em três meses. Consegui marcar por intermédio de uma pessoa lá da policlínica. Eu vim recentemente pra marcar, mas não tinha mais vaga. Essa pessoa pediu que eu voltasse em dois meses, que ela vai marcar pra mim. Eu nem preciso enfrentar fila, ela marca pra mim lá dentro. Eu não gosto de ficar entrando, mas já que ela me deu essa brecha, eu aproveito.

Eu acho que os serviços de saúde atendem bem a gente. Os médicos são bons. Menos um cardiologista lá na policlínica, que no começo era uma maravilha, mas da última vez que eu fui nele, não sei o que aconteceu que ele me tratou muito mal. Fora ele, todo mundo me trata bem.

Antes, quando eu era nova, eu não me cuidava! Antigamente eu só vinha quando era pra trazer a minha mãe ao médico. Aí, aproveitava e me consultava também. Entrávamos juntas, mamãe na cadeira de rodas, e a consulta era feita das duas. Os médicos falavam que eu merecia também ser atendida, porque eu cuidava da minha mãe.

Agora, de certa forma, é melhor o atendimento pra mim, depois que eu fiquei idosa. Os médicos passam mais remédios, cuidam melhor. Mas não são todos! Tem um posto do Médico de Família lá perto de casa, por exemplo, que eu não gosto de lá. Um tempo atrás, acho que uns quatro meses, eu procurei uma funcionária lá, que é filha de uma conhecida, perguntei pela mãe dela, e ela me tratou igual a cachorra! Ficou irritada, perguntando se eu estava marcada para aquele dia. Eu nem fui pra isso! Só pedi pra entrar, porque estava chovendo, e ela disse que não podia, porque a médica não queria ninguém esperando lá dentro. Fiquei muito revoltada, e fui pra casa toda molhada.

Um tempo depois, me ligaram pedindo pra buscar o agendamento de exame do meu marido. Eu fui, e aproveitei pra falar com o chefe. Fiz a queixa mesmo! Ele ouviu tudo, e disse que isso não poderia acontecer, porque lá nós temos que ser bem tratados. Ficou de chamar a atenção dela. E eu acho que chamou, porque depois meu marido veio me dar um recado dela para eu ir lá conversar. Eu não vou lá de jeito nenhum! Porque se eu for, eu vou querer agarrar no pescoço dela. A raiva ainda não passou. Porque eu sou mais velha do que ela e do que a mãe dela, com quem eu nem falei porque sei que ela não vai gostar. Eu acho que tem que ter educação pra falar com os outros. Se ela trabalha lá dentro, ela precisa ter carinho com os outros.

Já participar dos grupos aqui da policlínica eu acho muito bom! Porque a gente sai de casa, a gente conversa, a gente ri, a gente conhece outras pessoas. Eu até estou aprendendo a escrever aqui na policlínica, no grupo de promoção da saúde! E isso é muito importante pra mim, porque quando eu me aposentei, eu tive uma grande decepção. O gerente do Banco do Brasil quis me enrolar. Naquele tempo em que eu me aposentei, eu não sacava o dinheiro todo mês não. Eu deixava juntando lá. Aí num natal, meu genro precisou e eu fui lá e peguei um pouco pra emprestar a ele. Deixei o restante juntando com o que entrava. Outro dia eu fui lá, sacar um valor pra pagar a minha conta de telefone, e descobri que o meu pagamento estava suspenso. O gerente mandou eu voltar lá no dia seguinte, acompanhada do meu filho. Nós fomos, e ele veio com uma conversa de que meu filho que ia ter que ser o responsável, porque eu não sabia regular o meu dinheiro. Eu saí de lá a ponto de enlouquecer. Xinguei muito ele. Eu não ia botar o nome de ninguém responsável por coisa nenhuma! Quem trabalhou fui eu, e não vou botar o dinheiro na mão de filho nenhum!

E não botei! Eu achei que eu tinha que resolver as minhas coisas sozinha, com as minhas mãos. Abri uma conta em outro banco, na Caixa Econômica, e todo dia eu ia no Banco do Brasil, sacava um pouquinho e depositava na Caixa, até tirar tudo. E até hoje ninguém de lá sabe pra onde foi o meu dinheiro! Aí mudei tudo para a Caixa. Eu chego lá, pego o quanto e quando eu quero. E eles ainda diziam que eu não sabia administrar! Eles queriam que eu pagasse juros, ou que emprestasse pra um ou pra outro nas minhas custas! Eu não sou burra pra isso! **Tem horas que você mesmo tem que se dar um solavanco!** Sei que foi preciso ajuda dos outros, mas pra resolver isso não foi preciso ajuda de filho. O meu marido não sabia e nem sabe. Se amanhã ou depois eu precisar colocar nas mãos das minhas crianças – não é pra falar mal – eu boto no nome do meu mais velho, que é mais meu amigo. Do outro filho eu até ajudo a pagar a faculdade. Também já ajudei minha nora a pagar a faculdade dela. Tudo com a minha aposentadoria e o dinheiro do servicinho que eu ainda

faço. Todo dia, à noite, eu vou lá no prédio, e varro a escada. Também recolho o lixo, e lavo a escada a cada três meses. Pra isso, eu ganho um salário. São três andares só. E tem mais a sobreloja. Se não fosse o biscate, eu estava ferrada! Eu não acho o serviço pesado não. Eu gosto! E estou dando conta bem.

O único problema é ter que subir a escada, porque lá não tem elevador. Isso é ruim. Mas aí eu amarro a boca do saco de lixo, e saio puxando pelas escadas. Só lá nesse prédio eu estou há mais de trinta anos. Esse serviço era do meu marido, aí ele passou pra mim. Já saí de lá durante um período, porque colocaram outra pessoa, que acabou roubando umas coisas deles e me chamaram de volta. Já tem 22 anos que voltei a trabalhar lá. E eu quero continuar, porque um trocadinho é bom! Eu guardo, pra quando precisar.

De vez em quando eu dou uns passeios por aí. Eu vou para Aparecida do Norte. Quando tem passeio, eu vou! E pronto!

#### **Colaborador(a) nº 11 – Gerânio (Rede A)**

*“Mas nós precisamos nos superar, quebrar paradigmas”*

Meu nome é Gerânio. Eu nasci em 1956, dia 20 de julho. Eu nasci na Rua Martins Torres, num lugar chamado Morro do Bumba, na parte alta da comunidade. Quando eu tinha um ano e sete meses, minha mãe faleceu de complicações no parto das minhas irmãs. Meu pai então me levou para a casa da minha tia, aqui no Sapê. Então, praticamente eu não conheci minha mãe, somente por foto, porque eu era muito novo para me recordar dela. Eu só me recordo, muito vagamente, do local onde vivíamos. Lembro que tinha muitas cabritas e a casa era um barraco de pau-a-pique, muito pobre. Na parede havia um buraco, por onde as crianças tinham o costume de mamar na teta das cabritas.

Depois que vim para o Sapê, fui criado pela minha tia, irmã do meu pai. Então, foi aqui que eu cresci e comecei a me conhecer. A gente teve uma vida muito difícil. Não passamos fome, mas passamos muitas privações. Nós víamos as crianças terem coisas que nós não tínhamos. Eu trabalhei desde cedo. Minha tia era lavadeira de roupas e tinha sete lavagens. Eu ajudava, carregando trouxas de roupas com ela. Depois que aprendi o caminho – eu tinha uns oito anos – passei a levar sozinho. Saía do Sapê a pé, levando a roupa na cabeça, descia pela Cachoeira, que nem era estrada, era um caminho... Às vezes passava em São Francisco, pela Estrada Fróes, até chegar em Icaraí, onde entregava as roupas em dois edifícios. Lá recebia o dinheiro, que eu trazia com muito cuidado, para chegar em casa e ir na venda comprar alguma coisa, pagar o caderno, onde era anotado o fiado. Pagava o que fiado, e pendurava mais alguma outra coisa.

Meu pai trabalhava em obra. Ele era construtor, foi lá onde eu aprendi muita coisa. Mas papai bebia muito, bebia muito mesmo. A gente tinha medo em casa, porque quando ele chegava bêbado tinha muita discussão com a minha tia, irmã dele, que ficava revoltada com aquela bebedeira. Ele estava viúvo, porque a minha mãe morreu, e então ele ficou um tempo dormindo na obra. Ele me largou lá com a minha tia, e ficou um tempo sem aparecer. Eu sabia que ele era meu pai, mas não tinha aquela aproximação que hoje eu tenho com o meu filho. Não tínhamos liberdade um com o outro, e por isso eu fico um pouco triste às vezes. Mas, hoje eu entendo e fico até confortado por ele não ter tido muito amor e carinho porque naquele tempo isso era natural. O papel do homem era ser o provedor, era feito para suprir a casa, basicamente. Já a mãe dava escola, dava educação, ensinava. Então eu entendo quando hoje a gente vê as crianças sendo levadas pra todo o lado pelo pai, e a gente nunca teve isso, porque era outro tempo e ele bebia muito.

Eu tenho um irmão, e tive três irmãs. Uma delas nasceu antes de mim, e era só por parte de mãe, mas eu só convivi com ela até minha mãe morrer porque depois o pai dela veio e a levou com ele. De pai e mãe, eu tenho um irmão, e tive mais duas irmãs que faleceram, duas meninas. Minha mãe faleceu no parto da última menina. Esse meu irmão é mais velho que eu quatro anos mas a gente não tem muito contato. Eu tenho algumas restrições a ele, porque sendo o mais velho, poderia assumir mais algumas coisas que aconteceram com papai.

Eu sou o responsável por papai, assinei uma procuração. Mas ele poderia participar mais, ajudar a resolver, por exemplo, quando papai infartou, aos 91 anos de idade. Em 2016, papai infartou no Dia dos Pais. Foi internado no CPN, e ficou 21 dias lá. Nesses 21 dias, meu irmão não ia lá, não queria assumir nada e, tudo o que acontecia, eu tinha que resolver. Até pra ele colocar aquela bolsa de colostomia, eu tive que resolver, eu tive que peitar! Meu irmão não quis me apoiar, e disse que não assinaria nada. Eu me desentendi com ele nesse dia, porque eu acho que nós dois tínhamos que assinar. Meu pai, com 91 anos, nunca tinha ido a um hospital, e estava lá nervoso, com diarreia, fora do ambiente dele. Ficou agressivo e não deixava ninguém cuidar dele. E meu irmão não queria resolver nada! Eu acabei assumindo, e levei papai pra casa. Graças a Deus, ele passa bem. Ele é limitado em alguma coisa porque metade do coração foi lesionada, mas nada pior aconteceu porque meu pai foi atleta desde jovem, e o coração resistiu, graças a Deus!

Eu era construtor, trabalhei bastante em obra para prover a minha casa. Eu casei e precisava de uma profissão para assumir a responsabilidade da família. Sabe como é... Você tem que ter uma profissão. Hoje em dia você até sobrevive com mais facilidade, pois se perder o emprego, você pode vender alguma coisa, e você consegue sustento. Mas,

antigamente, o dinheiro era mais difícil de arrumar. O dinheiro não tinha o poder de compra que tem agora. Então, você precisava ter uma profissão, que funcionava como um tranquilizador, para que você pudesse suprir a família. A minha avó já falava que quem casa quer casa. Ela orientava a gente a nunca tirar uma menina da casa dos pais se a gente não pudesse sustentar, porque era vergonhoso. Eu cresci ouvindo isso, e absorvi porque eu sou daquele tempo! Agora que eu quebrei alguns paradigmas, porque eu sou um cara mais liberal. Depois da abertura cultural, as coisas mudaram e a sociedade vem sofrendo transformações. Graças a essas transformações, hoje em dia eu sou artesão, sou artista plástico, eu trabalho em uma Secretaria, eu faço parte de movimento social.

No movimento social, eu trabalho com articulação comunitária. Eu conheço todas as comunidades em Niterói, ajudo na realização das eleições nas associações de moradores, faço articulação política, que é uma coisa meio complicada. Porque o movimento comunitário, ele tem muitas vertentes. Tem o movimento comunitário que acredita no social, que acredita que através do ajuntamento de pessoas é possível modificar o sistema. E tem aqueles que são apadrinhados por vereadores. Então, é sempre um conflito direto. E eu estou sempre lá, conversando com as pessoas, buscando dar aquele ânimo pra continuar na luta.

Eu sou um agente social, e atuo em várias frentes. Faço parte de uma organização que reúne associações de moradores de Niterói, onde trabalho com articulação comunitária, faço primeiro contato com as associações e represento os usuários em conselhos de direitos do município. Também sou presidente de uma organização não governamental, que trabalha com cultura, cidadania e capacitação profissional. A idéia inicial era fazer uma cooperativa alimentícia, mas, apesar de termos recebido apoio de uma incubadora da UFRJ por três anos, não foi possível fazer a cooperativa porque a lei na época exigia um mínimo de vinte pessoas. Como nós não conseguimos reunir este número, a saída foi aproveitar a reunião das oito pessoas interessadas, e fundar uma ONG. Quando a gente criou a ONG, ninguém queria ser presidente. Como na época eu me tornei presidente da associação de moradores de uma comunidade em Niterói, eu não pude assumir a função. Aí as mulheres assumiram, e nós ficamos em stand by.

Eu sempre gostei de artesanato! E sempre tive habilidade para fazer essas coisas. Quando eu era pequeno, a minha avó dizia que eu era muito artesão. Eu não acho que era, mas como minha avó que falava que eu era, eu a deixava dizer... Minha avó fazia crochê, fazia tricô. E eu, sendo considerado artesão, era criado de perto por ela. Na verdade, éramos três: eu, meu irmão e meu primo, filho da tia que me criou. Esse último era adolescente, eu e meu irmão éramos crianças. Minha avó ficava em casa com os três. Quando ela fazia crochê,

colocava a gente como ajudante pra prender! Ela amarrava a linha em minhas mãos, e a gente ficava igual bobo brigando pra ficar com as mãos presas na linha! Qual criança hoje em dia vai ficar com as mãos amarradas a tarde toda? Eu me interessava em saber como fazia, eu ficava olhando ela fazer. No outro dia, ela amarrava as mãos de outro, e me prendia pedindo para eu ficar ali vendo. Nesse tempo, a gente não ia pra rua... Depois que eu descobri que aquilo era a tática dela pra prender a gente.

Hoje sou artesão e artista plástico. Gosto muito do que eu faço! Sobre o grupo de artesanato aqui da policlínica, eu penso ser uma iniciativa muito importante para atender as necessidades dos idosos da nossa região. Durante um tempo, o grupo correu o risco de acabar, por incompatibilidade de alguns profissionais. Mas eu acho que o motivo é maior que a proposta. Porque às vezes existe a proposta, que na verdade não atende ao verdadeiro motivo dela ser criada. Por exemplo, a política pública tem isso: o governo, quando vai fazer uma política pública, ele pensa no que é bom pra mim. Mas ele não pergunta a mim se aquilo é realmente importante. Isso pode gerar um choque entre proposta e aceitação. Quando você pergunta, quando faz a pessoa participativa, a coisa sempre funciona. Porque a gente nunca é dono do saber total. O único sabedor de tudo é Deus, que é acima de todas as coisas. Mas nós, somos agentes mutantes. A gente muda, a gente precisa mudar. A gente não pode ser sempre aquela mesma coisa. Nós temos um prazo de validade!

Agora eu tenho 62 anos. Pelo Estatuto, eu sou idoso. Mas a minha cabeça não é idosa! Isso é um conflito pra mim. Porque eu trabalho com adulto, com criança e com jovem adolescente, e percebo que hoje existe um conflito de gerações na nossa comunidade. O novo não respeita o idoso. Mas eu fui criado dentro de uma lógica de valorização do conselho! E o idoso tem conhecimentos guardados. Ele pode não ter estudo, porque estudo você aprende na escola, na universidade, o conhecimento formal. Mas cada um tem cultura, a sua cultura, aquela cultura de origem, da sabedoria popular. O que seria do mundo se precisasse aguardar a universidade? Ficaríamos parados no tempo aguardando a universidade chegar para todos? O homem evoluiu de acordo com a própria necessidade e com o conhecimento que ele tinha. E ele transformou muitas coisas.

Falando da minha família, eu tive a sorte de me casar com uma pessoa maravilhosa! Uma pessoa que me ensina muito. Eu aprendo muito com ela, e ela também aprende comigo. Porque eu acho que o casamento é isso. Eu a conheci em 1977. Eu era puxador de escola de samba e pagodeiro. E ela era sambista da escola de samba do Santo Inácio. Um dia, eu fui a uma festa junina no Santo Inácio – naquele tempo acontecia ensaio de samba na festa junina –

e eu fui lá pra paquerar. Lá nos conhecemos, e nos conquistamos. Estamos juntos há quarenta e um anos, e há trinta e seis somos casados.

Antigamente era assim: a gente conquistava a pessoa pela conversa, e não pela beleza. E isso é coisa do homem, de ser atraído pela aparência. Muitos homens se acham no direito de dominar as mulheres. A cultura masculina é de dominação das mulheres. Isso é uma coisa ruim! Agora a gente tem que perder essa cultura, porque não é mais assim. A mulher agora não é mais um objeto. A mulher é uma pessoa igual. Ou melhor! Porque a mulher é mais inteligente que o homem. O homem não foi feito pra fazer pequenos detalhes não. Já a mulher acorda, prepara o café, faz uma comida, enquanto o homem está ali sentado, sem conseguir nem atinar... A mulher faz um monte de coisas, e ainda consegue projetar o que vai fazer à noite!

**Mas nós precisamos nos superar, quebrar paradigmas.** Nós temos que ser diferentes de nós mesmos, não sermos a mesma coisa a vida toda. O homem também precisa aprender a ser eclético, aprender a fazer um monte de coisas! Isso é sair da zona de conforto. As pessoas não querem sair da zona de conforto porque o novo traz ansiedade e conflito.

E é isso que está acontecendo comigo. Estou vivendo um conflito porque a minha cabeça ainda não quer aceitar o envelhecimento. Eu não quero me colocar como idoso porque eu vejo os idosos muito comedidos. Eles aceitam as coisas que a vida coloca. Eu não quero ficar igual a eles. Eles dizem que não podem fazer as coisas por causa da idade, mas eu penso que a ciência avançou e mudou muita coisa. Antigamente, o cara com sessenta anos já era bem idoso mesmo! Mas a ciência prolongou a nossa duração. Hoje em dia nós temos mais longevidade. Está certo que o idoso é mais parado porque o próprio metabolismo dele é assim. Antigamente as pessoas trabalhavam muito, em excesso, e isso causou um desgaste maior do corpo dessas pessoas. A mente pode não desgastar, mas o corpo desgasta. Por mais que eu não queira, o meu corpo também se desgasta, e o meu organismo já não me acompanha.

Ainda assim, percebendo mudanças no meu corpo, eu dou graças a Deus pela minha saúde. Eu não tenho hipertensão e não tenho diabetes, até porque eu sempre me policieei muito. O meu peso atual é o mesmo de quando eu me casei, há 37 anos. Eu me policio na alimentação. Eu tomo café, almoço, janto e não fico beliscando e comendo em excesso. Quando eu era novo, eu bebia, fumava e comia demais. Depois que casei, eu mudei. Passei a me cuidar. Parei de fumar e parei de beber, porque acho que juntar bebida e casamento não dá certo.

Quando eu era novo, eu não ia a médico, não freqüentava serviço de saúde. Primeiro porque não tinha a facilidade de hoje. A gente se tratava era na farmácia, com o farmacêutico.

O meu médico era o farmacêutico Seu Rangel! Ele era o nosso médico, tipo um curandeiro. Eu tomava chá, e acreditava que resolvia realmente. Porque não adianta nada você tomar um remédio se você não acreditar que aquele remédio vai fazer efeito. Então eu sempre usei muito chá. Eu também não gostava de ir ao serviço de saúde. Só comecei a procurar mesmo há uns cinco anos, por conta da pressão feita pela minha família. Tanto a minha esposa quanto os meus filhos ficaram me pressionando para eu consultar com o médico. A partir daí eu comecei a fazer meu acompanhamento de saúde na policlínica.

Eu posso dizer que as minhas necessidades de saúde são atendidas pelos serviços de saúde, mas como representante dos usuários em conselhos de direitos aqui do nosso município, eu não falo só por mim. Falo pela população em geral também. Os serviços de saúde estão subordinados à política de saúde. A gente tem brigado muito pela política de saúde, e eu acredito que avançou. Mas ainda está muito aquém das necessidades da população. Um exemplo é a luta dos colostomizados. A Prefeitura comprou bolsas de colostomia que não suprem a necessidade das pessoas que usam porque as bolsas não têm qualidade. Essas não têm o carbono que evita a criação de gases dentro da bolsa. Está uma coisa horrível! E nós defendemos essas pessoas, compramos a briga deles para a Prefeitura comprar outro tipo de bolsa que atenda as suas necessidades.

Nós temos um problema sério em Niterói: a saúde é muito fatiada! Se o sistema de saúde é único, devia haver mais intersetorialidade. Os diferentes setores precisam falar a mesma língua. Mas são tantos departamentos diferentes, com pessoas que foram colocadas politicamente, que acaba não funcionando. Tem uma frase que eu sempre achei muito interessante: administração é para administrador! Não é para o técnico de outra área fazer aquilo ali. Porque é preciso preparo para exercer aquele trabalho. Eu acho que quando você coloca uma pessoa não preparada para exercer uma determinada função, você deprecia aquele serviço. Porque a pessoa que está ali não é qualificada! Aí, o que acontece, é que o problema recai para quem está lá na ponta, pra quem presta o serviço.

Quando não tem sua necessidade atendida pelo serviço, o usuário briga com o profissional, porque pra ele aquilo tem que funcionar. Mas o profissional está ali trabalhando nas condições que são dadas a ele. Se a política de saúde fosse levada a cabo como foi imaginada, seria maravilhoso! Porque nós temos o SUS! Muitos países aí não têm o que nós temos! Nós temos o Sistema Único de Saúde, que agora está sendo atacado e querem acabar com ele pra colocarem os planos de saúde. Por isso muitos não querem que o SUS funcione. Mas eu acho que a saúde nossa é uma das melhores que tem ainda! Mesmo enfrentando

muitas dificuldades, as pessoas que trabalham na saúde se reinventam! Em muitos serviços, os profissionais são melhores que os gestores.

**Colaborador(a) nº 12 – Narciso (Rede A)**

*“Com essa idade que eu tenho, tudo o que vem pra mim eu aceito!”*

Meu nome é Narciso. Eu nasci em São Pedro da Aldeia, num interiorzinho, na roça, em uma família muito pobrinha. Com treze anos, em 1953, eu vim, com a minha família, de São Pedro da Aldeia para Niterói. Viemos morar na Igrejinha, continuando a mesma rotina, de vida muito pobre. Meu pai trabalhava como servente de obras e minha mãe não trabalhava, ficava em casa cuidando dos filhos. Nós somos seis irmãos, quatro mulheres e dois homens.

A minha mãe era uma pessoa excelente! Depois de um tempo que nós viemos da roça, ela arranjou umas lavagens de roupas. Naquela época, se lavava muita roupa pra fora. E eu carreguei muita trouxa de roupa na cabeça, pra ajudar minha mãe. Naquela época, a gente passava por um caminhozinho de lá vai um, não tinha asfalto, não tinha ônibus circulando aqui pelo Largo da Batalha.

Meu irmão mais velho começou logo a trabalhar para ajudar, como cobrador de ônibus. A vida melhorou um pouquinho, mas nem tanto. Era tudo muito difícil naquela época, que não tinha luz elétrica. A gente usava lamparina de querosene! Também não tinha água encanada. Eu cheguei a ir à escola, até a quarta série primária. Mas aí precisei trabalhar, e não pude mais estudar. Na minha época era tudo mais difícil. Hoje, eu não aceito que as pessoas em Niterói digam que não sabem ler e escrever! Porque aqui tem escola pra todo lado! Aqui tem comida, aqui tem ônibus de graça! Quando eu era criança, eu não tive isso! Pra aprender esse pouquinho que eu aprendi, eu andava a pé um pedaço grande, como se fosse do Largo da Batalha até a Praia do Saco, em São Francisco. E não tinha negócio de merenda. Às vezes levava uma mariolazinha no pão, quando tinha! Na minha infância não tive essa facilidade. Há pouco tempo atrás, ouvi no ônibus dois senhores dizendo que tempo bom era aquele do passado. Eu, cá no meu canto, pensei assim: pra mim não foi! Tempo bom pra mim é agora!

Naquele tempo lá trás, a minha roupa tinha mais remendo que pano. Sapato a gente não usava porque ninguém tinha dinheiro para comprar, só quem tinha era filho de fazendeiro. Então hoje, é tudo muito melhor. E eu posso provar! Em qualquer galão de lixo hoje você acha uma calça muito melhor do que as que eu usava lá trás. Também acha tênis velho. Se você for num brechó, você compra camisa boa por cinco reais. Essa aqui não foi do brechó não, mas se fosse, eu dizia também. Hoje, eu tenho geladeira duplex, tenho televisão a cores, tenho o meu salariozinho que não me falta, abençoado por Deus! Não consigo ficar no

vermelho, porque o dinheiro não deixa. Ainda tenho uma continha no banco, pouquinho dinheiro mas tem. Então, por que é que eu vou ter saudade daquele tempo? Eu passava fome. Passei muita necessidade. Hoje em dia, eu como o que eu quero.

As coisas melhoraram com o pouco que eu construí, trabalhando. E consegui me aposentar. É pouco o que eu recebo, mas é certo. Eu não reclamo da vida, porque eu acredito que, no ciclo da vida, se você plantou semente boa você colhe fruto bom. Eu não estou em situação melhor por minha própria causa. Não foi por causa de ninguém. Antigamente eu bebia muito, e não parava em emprego por causa de bebida. Se eu tivesse tido uma cabeça melhor, eu teria ficado em uma empresa só, faria meus 35 anos de trabalho e estaria com uma aposentadoria melhor hoje. Mas Deus ainda me deu uma benção e com 65 anos eu me aposentei.

Graças a Deus, eu casei com uma mulher que eu não acredito que tenha melhor. Pode até ter igual a ela, mas melhor não tem. Eu também não vou desmoralizar as outras mulheres, e dizer que ela é a melhor do mundo. Pode ter igual, mas melhor que ela é difícil. Ela é uma criatura diferente. Ela é tão boa que eu cometi esses erros todos, e ela ainda cuidava de mim. Só que eu nunca maltratei, nunca encostei um dedo nela. Quando ela me corrigia, estava sempre certa e eu sempre errado. Eu chegava em casa, e se estivesse muito mal, ela me dava até comida na boca, lavava meus pés... Nós estamos juntos há 48 anos!

Eu só tive uma infelicidade. Perdi um filho assassinado, com 19 anos de idade, num posto de gasolina aqui perto do Largo da Batalha. Isso foi em 1993, dias antes do meu aniversário. Eu digo que sempre a gente tem que ver os dois lados da coisa. Você não pode chegar aqui, porque eu fiz alguma coisa errada, apontar o dedo pra mim e me acusar. Você tem que ver o outro lado também. O meu filho era uma pessoa que gostava de briga, naquela época de baile. Ele saía com os amigos pra beber, ele era forte e sabia brigar. Os amigos botavam fogo e ele entrava em briga. Batia, não sei se apanhava... Por isso, foi jurado de morte algumas vezes. Eu pedi muito a ele que parasse com isso. Cheguei ao ponto de me ajoelhar aos pés dele, para pedir que ele parasse. Moral da história: estava em casa, já deitado, e veio a notícia de que ele estava mal no hospital. Mas ele já estava morto... Aquilo acabou comigo.

A minha cabeça virou de um jeito, que eu só pensava em vingança. Durante muito tempo, eu procurei pelo assassino do meu filho. Saía de casa de madrugada pra procurar o cara. Mas, como Deus é muito bom, não permitiu que eu o encontrasse. Eu não sabia quem ele era, e só depois eu descobri a identidade dele. O rapaz que levou o assassino de moto pra matar o meu filho fugiu para Minas Gerais, mas lá aprontou e como já era fichado aqui,

trouxeram ele pra cá. Aí eu fui ao julgamento dele. A primeira coisa que o promotor perguntou pra ele foi quem matou o meu filho. Ele respondeu, e ali eu fiquei sabendo que era um cara que passava por mim praticamente toda hora, filho de um policial. Eu fiquei com raiva, porque ele me enganou por muito tempo.

Mas aí, eu conheci Jesus! Acabou aquele negócio de buscar vingança. Eu decidi deixar eles nas mãos de Jesus. Mas sabe como é, depois que eu soube quem era, eu fiquei toda hora batendo com ele de frente. Aí pedi ajuda de um amigo meu, que é policial, e ele me ajudou a investigar. Eu não quis mais fazer mal pra ele, mas eu queria ver ele preso! Fizemos um levantamento: onde ele morava, como era o carro dele, a placa da moto, tudo bonitinho. Até que um dia, o prendemos, depois de 19 anos da morte do meu filho. Hoje em dia eu já perdoei, apesar de achar que ele não pagou a pena dele muito bem não, porque ele estava condenado a quatorze anos e pouco, e ficou lá só três! Ficou pouco tempo preso. Mas, eu não quero mais saber disso. Deixei tudo pra lá.

O meu trabalho sempre foi de motorista a cobrador de ônibus. Trabalhei em várias empresas, primeiro como trocador: na Auto Viação Fluminense, na Fonsequinha, na Bom Retiro, que é essa Fortaleza. Depois, tirei a carteira de motorista e fui trabalhar na praça, no táxi. Trabalhei uns cinco anos como taxista, só durante a noite, na bandeira dois, já que era mais vantajoso. Aí, troquei de carteira e fui trabalhar como motorista de ônibus justamente onde eu comecei como trocador, na Auto Viação Fluminense.

Eu não ficava muito tempo trabalhando na mesma empresa. Na Auto Viação Fluminense, eu saí porque eles queriam me cobrar a avaria de uma batidinha que eu dei no pára-choque da frente, porque o carro faltou freio, e não houve nada de acidente. Eu já ganhava pouco, e não quis pagar. Então saí da empresa. Aí entrei na Santo Antônio, meio barbeiro... Porque do ônibus, ou de qualquer outro veículo, você não tem que ter medo, você tem que dominar ele! Tem que dizer que quem manda aqui sou eu! Então, inexperiente, de vez em quando a gente raspava o carro, quebrava pára-brisas, e pronto! Saí da Santo Antônio. Aí entrei na Pendotiba.

Também tinha aquela coisa: a bebedeira atrapalhava. Eu faltava muito ao trabalho, porque ficava bêbado e não tinha como ir trabalhar dirigindo. Além de raspar com o carro, ainda tinha o sangue muito quente. Eu não aturava muita coisa não. O bom é que, naquela época, você podia ter o defeito que fosse, que você saía de uma empresa mas não ficava desempregado. Logo entrava em outra. Se passasse na porta de uma empresa fantasiado de leão – que era como chamava a roupa de trabalho do rodoviário – e eles estivessem

precisando de gente pra trabalhar, eles chamavam pra entrar e no mesmo dia estava trabalhando. Não era como hoje.

Hoje, com mais de quarenta e cinco anos, uma pessoa já não está mais apta para trabalhar como motorista de ônibus. As empresas não contratam. Você trabalha até mais idade só se você estiver dentro da empresa, mas se você tiver quarenta e cinco anos fora você não entra.

Sobre o envelhecimento, pra dizer a verdade, eu estou vivendo muito bem! Eu vejo assim porque eu tenho setenta e oito anos de idade, não tomo remédio de pressão, e não tomo praticamente remédio nenhum. O único remédio que eu tomo é o da próstata, porque eu não posso operar, então tem tratar. Eu faço acompanhamento de seis em seis meses, com o urologista. Faço aquele exame PSA direitinho. **Com essa idade que eu tenho, tudo o que vem pra mim eu aceito!** Eu penso que, quando a gente vai reclamar de alguma coisa, a gente tem que olhar pra trás, avaliar o sofrimento dos outros ou nosso mesmo do passado, pra avaliar aquilo que a gente está passando.

No passado, eu tinha saúde e no médico ia muito pouco. Nunca estive internado, graças a Deus. Então, eu não consigo nem avaliar como era o atendimento dos serviços de saúde daquela época porque eu não ia. Já hoje, eu posso dizer por mim e pelos outros. Eu, graças a Deus, por incrível que pareça, não tenho muita coisa pra falar da saúde não, porque todo lugar que eu chego, eu sempre sou bem atendido. Eu acho que é porque eu sou uma pessoa que, se você vier me dizer que houve um engano e que vai marcar a consulta pra outro dia, eu aceito numa boa. Eu não vou descer o barraco com você não. Às vezes acontece de errarem na marcação da consulta, mas eu não questiono. Com isso, as pessoas me ajudam sempre. Eu acho que é Jesus que manda um anjo na frente.

Já as outras pessoas, eu vejo sofrerem muito. Os hospitais não têm nada! Não têm recurso pra cuidar das pessoas. As UPAS não têm nada. E a culpa não é dos profissionais. Pra eu vir afrontar você e dizer que você não está querendo me ajudar, eu tenho que ver o seu lado também. Como é que você vai trabalhar direito se voe não recebe material pra trabalhar? Não tem esparadrapo, não tem gaze, não tem as coisas que você precisa pra você trabalhar... Como você vai trabalhar? Aí eu chego lá, e me confronto com você. Mas eu não sei o que está acontecendo. Você praticamente só está sentada ali pra ouvir coisas que você não merece. Porque se tivesse condições de trabalho, você estaria desenrolando o seu papel magnificamente bem. Mas, infelizmente falta tudo. Eles roubam tudo. Até aparelho que tem no almoxarifado eles levam. Eles roubam tudo.

O fato de ser idoso não muda nada no atendimento. Não faz diferença nenhuma. A diferença que pode haver é os profissionais terem condições de trabalho. Tem médicos bons. Esse que me atende na policlínica é muito bom! Eu só bato de frente com pessoas boas! É Jesus quem manda! A gente não manda na gente não. A gente está aqui por acaso, de passagem. Tudo o que a gente tem é porque Jesus permitiu! Porque se Ele não quisesse, a gente não chegava a lugar nenhum! Acredite se quiser. Ninguém é obrigado a acreditar. Mas na minha vida eu confirmei que é assim.

Infelizmente, os serviços de saúde não estão cuidando bem das pessoas. Os profissionais estão cuidando mal porque são obrigados a cuidar mal. A culpa é dos governantes. O dinheiro chega na saúde, mas eles não botam na saúde. Eles tiram. Todo o dinheiro que eles pedem para a saúde chega, mas é retirado. Eu acredito que, agora que o Bolsonaro foi eleito, as coisas vão melhorar. Ele vai prender muita gente lá em Brasília. Aqui em Niterói, o prefeito já está preso. Vai melhorar para a população quando entrar um outro prefeito no lugar dele, ou se o vice que assumir seguir corretamente. Porque ele já veio investigado do mensalão. Eu acompanho política. O que eu não sei de política é o que fica lá dentro do gabinete, que eles não podem soltar. Ninguém me enrola em política não. A nossa esperança é Bolsonaro, que vai prender a Dilma, o Temer, o Aécio Neves. Porque precisa moralizar o nosso Estado. Do jeito que está, não vai ficar. Existe o crime organizado, que não é menos covarde que o ladrão que rouba e mata por um celular não. Esses políticos fazem a mesma coisa que ele. Às vezes é até pior. São assassinos! Quantas crianças morreram porque as senhoras não tiveram um parto decente, um acompanhamento médico decente! Aí a senhora vai para o hospital, não tem tratamento, fica em cima de uma maca sentindo de dor, a criança nasce depois da hora... Morre a mãe, morre a criança. Tem muitos casos assim. Tem pessoas que culpam os médicos, mas, na verdade, a culpa é dos governantes! Tinha tanto que podiam fazer. Mas não querem fazer.

A minha experiência com a saúde é boa porque Deus me deu esse privilégio, de eu não precisar muito de hospital. Agora, se algum dia eu ficar acamado, e precisa ficar num hospital, eu vou sofrer também. Posso até encontrar um anjo pela frente, encontrar uma boa pessoa que cuide bem de mim, porque tudo acontece! Com Deus, não tem problema.