CINTIA ARLETE FERREIRA SEABRA

**NECESSIDADES E CUIDADO EM SAÚDE DE IDOSOS
MIGRANTES ATENDIDOS POR EQUIPES DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de: Medicina Preventiva

Orientadora:
Profa. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão

**São Paulo
2011**

CINTIA ARLETE FERREIRA SEABRA

**NECESSIDADES E CUIDADO EM SAÚDE DE IDOSOS
MIGRANTES ATENDIDOS POR EQUIPES DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de: Medicina Preventiva

Orientadora:
Profa. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão

**São Paulo
2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Seabra, Cintia Arlete Ferreira

Necessidades e cuidado em saúde de idosos migrantes atendidos por equipes da estratégia de saúde da família / Cintia Arlete Ferreira Seabra. -- São Paulo, 2011.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Márcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.Idoso 2.Migrantes 3.Saúde da família 4.Atenção primária à saúde
5.Profissional de saúde 6.Assistência à saúde 7.Determinação de necessidades de cuidados de saúde

USP/FM/DBD-061/11

À minha avó Arlete, que, por assumir o papel de avó em minha vida, foi a minha primeira referência e contato com o processo de envelhecimento e suas consequências. Lamentável hoje ela ser portadora do Mal de Alzheimer, e não poder compreender o significado e valor desta minha produção.

“Se me esqueceres, só uma coisa, esquece-me bem devagarinho.”

Mário Quintana

Ao meu querido pai, Altamir, que durante toda sua vida dedicou-se à família. Se não fosse ele, com seu amor, apoio e investimento, certamente este caminho teria sido muito mais sinuoso e difícil.

À minha mãe, Neusa, mulher guerreira e determinada que me ensinou, ainda criança, a acreditar firmemente nos meus sonhos. Aquela que sempre me incentivou nos momentos de descrença, me acolheu nos momentos de cansaço, e com suas doces palavras de otimismo me auxiliou durante todas as etapas deste trabalho, encorajando-me a todo tempo.

Ao meu estimado tio, Luiz Vanderlei, o qual carinhosamente chamo de “Tio Preto”. Sua presença e apoio sempre me foram fundamentais nas minhas batalhas e conquistas.

AGRADECIMENTOS

Para a conclusão deste trabalho, faz-se necessário à lembrança e agradecimento às pessoas especiais e importantes que me acompanharam durante as etapas do percurso:

Aos meus pais, sempre presentes, esticando as mãos em todos os momentos, sejam eles de conquistas ou fraquejos. O carinho, a preocupação, o apoio e o cuidado foram estimulantes durante a trajetória.

Ao meu irmão, Sandro, que sempre deixou claro o quanto ele acreditava no meu potencial e torcia pelo meu sucesso acadêmico.

Ao Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes, que, com sua seriedade profissional e comprometimento acadêmico, foi um dos principais responsáveis em despertar meu interesse pelo desenvolvimento de pesquisas científicas.

À Profa. Dra. Marcia Scazufca, pela concessão em participar de suas pesquisas como assistente e coordenadora de campo, respectivamente, proporcionando, assim, a aprendizagem contínua em suas investigações. Além disso, agradeço pelo estímulo e apoio inicial ao apresentar-me para minha orientadora.

À Profa. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão, pelo privilégio de tê-la como minha orientadora. Pelo diálogo sempre aberto, pela atenção prestada, pelos ensinamentos, por compartilhar o que sabe, pela plena compreensão, palavras de estímulo e carinho diante das intercorrências médicas ocorridas em minha família no decorrer da dissertação. Agradeço pela valiosa e especial oportunidade de desenvolver este trabalho com a orientação de uma pessoa humana e comprometida com o Outro; comportamento, infelizmente, cada dia mais raro nos dias atuais.

Às gerências das Unidades Básicas de Saúde trabalhadas, que prontamente abriram suas portas para o desenvolvimento deste estudo.

Aos agentes comunitários de saúde pela atenta prestatividade. Sem eles, esta pesquisa tornar-se-ia praticamente impossível, visto que os idosos participantes foram identificados através deles.

Aos idosos migrantes nordestinos, que concordaram em participar da investigação com extrema boa vontade ao serem entrevistados.

Aos integrantes das equipes de Saúde de Família, que colaboraram com seus depoimentos ao relatar suas experiências.

À banca de qualificação composta pela Profa. Dra. Ana Cristina Passarella Brêtas, pela Profa. Dra. Ângela Maria Machado de Lima e pela Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber. Foram significativas e válidas as contribuições nessa ocasião.

À Lílían, secretária da Pós-Graduação, por todas as vezes que a questioneei sobre diversas dúvidas burocráticas e pelos “desabafos”.

Aos encontros semanais com os colegas do grupo de pesquisa de Epidemiologia Psiquiátrica (EPSIQ). Diversas foram as vezes em que se mostraram disponíveis e interessados em me auxiliar no que fosse necessário para conclusão deste trabalho. Além disso, foram estabelecidos elos afetuosos de amizade, os quais certamente me fortaleceram nesta caminhada.

À querida Rosane Mantilla de Souza, que há mais de uma década escuta minhas inquietações, dilemas e desejos, e que a cada encontro me faz olhar para dentro e reconhecer-me.

Ao atencioso amigo, André Luiz Crepaldi, pelo cuidado “ao seu modo” durante o processo de escrita.

Aos amigos, Theo Bibancos e Vanessa Di Rienzo, presentes na fase inicial da pesquisa: elaboração do projeto, realização das disciplinas, entrevistas com idosos e profissionais de saúde. Com suas experiências acadêmicas, prestatividade e palavras de estímulo, muito contribuíram.

À Carla Negrão, pelo fundamental apoio nos primeiros passos desta pesquisa, pela escuta sempre atenta, pelo acalento nos primeiros obstáculos encontrados neste processo, pelas importantes reflexões conjuntas.

Ao especial “Tio Carlinhos”, muito mais que tio, um amigo sempre muito presente. Interessado, curioso e motivador, a todo tempo esteve comigo compartilhando todas as etapas.

Aos meus amigos, Renata Nunes dos Santos e Fábio Antonio de Freitas, que em várias situações, por estarem comigo quase todos os dias, me acalmaram, escutaram meus desabafos e lamentações. Um agradecimento especial à Renata que realizou as transcrições das entrevistas.

À querida doutoranda Lani Lucas, amiga de casa, que me fez rir em horas de quase desespero, que compartilhou madrugadas: eu redigindo a dissertação e ela concluindo seus trabalhos e artigos. Minha gratidão pelas pausas necessárias após muitas horas frente ao computador.

Pausas para comer, compartilhar trechos da vida, trocar conhecimentos, ou simplesmente rir do inusitado que é a vida a cada instante.

Às amigas (Rô)sana e (Rô)sangela que sempre estiveram comigo. Agradeço pelo carinho, pela atenção, pelas conversas triviais, pelas histórias divertidas, pelos momentos que me permitiram sair da imersão do estudo e desanuvial a cabeça.

À Renata Barea Fiochi, pelo permanente companheirismo, pelo doce sentimento de estar junto e compartilhar, pela compreensão, apoio constante e paciência em momentos de muito estresse. Agradeço pelos silêncios que me foram necessários e também pela presteza em escutar meus *insights*, divagações, devaneios e receios. Todos os ônus e bônus foram divididos com ela.

Por fim, estendo minha gratidão a tantas outras pessoas que aqui não foram mencionadas, mas certamente contribuíram para que este trabalho fosse concluído. A amizade, o afeto, as palavras de entusiasmo e as ofertas de apoio foram, sem sombra de dúvidas, elementos essenciais para esta conquista.

Muito obrigada!

Enquanto eu tiver perguntas e não houver respostas, continuarei a escrever.

Clarice Lispector

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

O texto segue as novas regras ortográficas da Língua Portuguesa, com exceção das citações diretas que permanecem com a grafia original.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

SUMMARY

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	22
2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO E A VELHICE, O IDOSO NA FAMÍLIA E O CONTEXTO DE MIGRAÇÃO NORDESTE-SUDESTE	28
3 REFERENCIAL CONCEITUAL	43
3.1 Ciclo vital e envelhecimento	43
3.2 Representações sociais: origem e contribuição.....	49
3.3 Necessidades e cuidado em saúde na atenção primária: um olhar para o envelhecimento.....	54
4 OBJETIVOS	71
4.1 Objetivo geral.....	71
4.2 Objetivos específicos.....	71
5 PERCURSO METODOLÓGICO: REFERÊNCIAS E TÉCNICAS EMPREGADAS	72
6 ASPECTOS ÉTICOS	91
7 RESULTADOS E ANÁLISES DOS IDOSOS	93
7.1 Caracterização dos idosos participantes	94
7.2 Representações sobre a saúde.....	106
7.3 Problemas de saúde anteriores ou atuais.....	114
7.4 Aspectos do cuidado em saúde e as estratégias e recursos utilizados para lidar com o adoecimento	126
8 RESULTADOS E ANÁLISES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	139
8.1 As necessidades de saúde na visão dos profissionais.....	140
8.2 O cuidado em saúde dos idosos migrantes nordestinos: uma ação diferenciada?	149
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	174
10 ANEXOS	179
Anexo A – Roteiro 1: entrevista com idoso(a)	179

Anexo B – Roteiro 2: entrevista com profissional de saúde.....	182
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	184
Anexo D – Aprovação do Comitê de Ética da CAPPesq	186
Anexo E – Aprovação do Comitê de Ética do SMS/SP.....	187
REFERÊNCIAS	188

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Descrição dos idosos selecionados.	84
QUADRO 2 – Descrição dos profissionais integrantes de equipes de SF selecionados.	87
QUADRO 3 – Problemas de saúde atuais dos idosos-participantes.	120

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
AMA	Atenção Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CO	Centro-Oeste
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
N	Norte
NE	Nordeste
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pronto Atendimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

S	Sul
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SE	Sudeste
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

RESUMO

Seabra CAF. *Necessidades e cuidado em saúde de idosos migrantes atendidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011.

A acelerada transição demográfica ocorrida nas quatro últimas décadas trouxe implicações para os arranjos familiares, as relações de trabalho, o emprego e a renda, além do comum fenômeno da migração, sendo que as complexas relações entre essas dimensões acarretam importantes desafios para o cuidado em saúde dos idosos. No contexto da migração no país, os idosos em condições socioeconômicas desfavoráveis têm migrado por contingências, sobretudo, relativas à saúde e moradia e, na maioria desses casos, o apoio necessário obtido em relação à saúde baseia-se, fundamentalmente, na Atenção Primária à Saúde, sob a Estratégia de Saúde da Família. Assim, o objetivo deste trabalho é compreender as necessidades e o cuidado em saúde de idosos residentes no Município de São Paulo e migrantes do Nordeste, bem como os limites e potencialidades dos serviços de Atenção Primária no tocante a essa problemática. Busca-se, ainda, (re)considerar a relação entre usuários idosos e integrantes de equipes de Saúde da Família no Município de São Paulo, ao compreender a forma como as marcas identitárias são caracterizadas e em que medida podem influenciar a relação entre esses sujeitos, no que se refere ao tratamento de saúde. Trata-se de uma pesquisa de referencial qualitativo, que utilizou a técnica de entrevista em profundidade na produção dos dados empíricos, que consistiu em duas etapas: entrevistas realizadas com 06 idosos, com 60 anos ou mais, que se deslocaram para o Município de São Paulo, em um intervalo de 03 meses a 05 anos, com o propósito de tratar seu(s) problema(s) de saúde; e entrevistas com 09 profissionais de equipes da Estratégia de Saúde da Família. Referente à análise dos depoimentos, utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo, considerando as conjunturas, as razões e as lógicas de falas, bem como as ações e inter-relações estabelecidas com o coletivo e as instituições. Os resultados exibem a complexidade dos sentidos atribuídos às necessidades de saúde dessa população em específico, sendo que, de forma convergente, ambos os grupos entrevistados destacaram o entrelaçamento das necessidades de saúde e do adoecimento. Além disso, os constructos socioculturais regionalizados mostram-se imperativos, uma vez que o processo de significação, diante da necessidade em saúde, assume contornos firmados em experiências anteriores de saúde-doença-cuidado. Já a autopercepção de saúde, a definição de problema e as estratégias e recursos para o cuidado em saúde foram proporcionalmente relativos ao contexto (pessoal, social e econômico) no qual esses idosos estavam inseridos antes de residirem na metrópole paulistana. Segundo os profissionais, a

carência de recursos, a falta de conscientização e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde em suas localidades de origem resultam, muitas vezes, em um agregado de diagnósticos realizados em São Paulo. Por sua vez, para os idosos, a produção de cuidados está muito mais associada às práticas curativas, sendo pouca a valorização de medidas preventivas e promocionais de saúde. Nesse sentido, de acordo com os profissionais, à medida que não apresentam sinais ou sintomas, eles tendem a cessar o tratamento médico e farmacológico.

Descritores: Idoso. Migrantes. Saúde da família. Atenção primária à saúde. Profissional de saúde. Assistência à saúde. Determinação de necessidades de cuidados de saúde.

SUMMARY

Seabra CAF. *Needs and health care of transient and migrant aged assisted by teams of the Family Health Strategy* [Dissertation]. São Paulo: University of Medicine, University of São Paulo; 2011.

The accelerated demographic transition happened in the last four decades brought implications for the family arrangements, the work relationships, the job and the income, besides the common phenomenon of the migration, and the complex relationships among those dimensions cart important challenges for the health care of the aged. In the context of the migration in the country, the aged in unfavorable socioeconomic conditions have been migrating for contingencies relative to, above all, the health and home and, in most of those cases, the necessary support obtained in relation to the health is based, fundamentally, in the Primary Health Care, through the Family Health Strategy. So, the objective of this paper is to understand the needs and health care of aged resident in the Municipal district of São Paulo and transients and migrants of the Northeast, as well as the limits and potentialities of the services of Primary Health Care concerning that problem. Also, it is looked for (re)considering the relationship between the aged users and the teams members of Family Health in the Municipal district of São Paulo, when understanding the form as the identity marks are characterized and in that measured they can influence the relationship among those subjects, in what it refers to the health treatment. This is a qualitative research, that used the in-depth interview technique for the production of the empiric data, that consisted of two stages: interviews with 06 aged, with 60 years old or more, who moved for the Municipal district of São Paulo in an interval of 03 months to 05 years, with the purpose of treating their health problems; and interviews with 09 professionals of teams of the Family Health Strategy. Regarding the analysis of the depositions, the thematic analysis of content technique was used, considering the conjunctures, the reasons and the logics of speeches, as well as the actions and established interrelations with the collective and the institutions. The results exhibit the complexity of the senses attributed to the health needs of that population in specific, and, in a convergent way, both groups detached the interlacement of the health needs and the sickness. Besides, the regional sociocultural thoughts are shown imperatives, once the significance process, before the health need, assumes outlines in previous experiences of health-disease-care. The self-perception of health, the problem definition and the strategies and resources for health care were proportionally relative to the context (personal, social and economical) in which those aged ones were inserted before they live in the metropolis of São Paulo. According to the professionals, the lack of resources, the understanding lack and the access difficulty to

the health services in their origin places result, a lot of times, in an attaché of diagnoses accomplished in São Paulo. For the aged, the production of cares is much more associated to the healing practices and it is little the valorization of preventive and promotion measures of health. In that sense, in agreement with the professionals, as they don't present signs or symptoms, they tend to interrupt the medical and pharmacological treatment.

Descriptors: Aged. Transients and migrants. Family health. Primary health care. Health personnel. Delivery of health care. Needs assessment.

APRESENTAÇÃO

Quando a realidade é plena de sentidos, faz-se em mim, de forma persistente e irrequieta, a necessidade de aproximação e aprofundamento daquilo que me instiga. Essa sou eu, que, desde criança, já demonstrava a formação de um perfil curioso, questionador e desejante de respostas, que nem sempre são possíveis de alcançar.

Foi exatamente no ano de 2003, diante da rica oportunidade de compor a equipe de assistentes de pesquisa, do estudo *Epidemiologia da demência e doença de Alzheimer em populações miscigenadas no Brasil e em Cuba*, desenvolvido pelo Professor Dr. Paulo Rossi Menezes e pela Professora Dra. Márcia Scazufca, ambos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que cotidianamente, por um período de 04 anos, adentrei realidades, domicílios e, particularmente, vidas de idosos. Iniciava-se ali uma trajetória pessoal e acadêmica permeada de questionamentos que iam além, muito além da vigente proposta de pesquisa: um estudo de prevalência e, sequencialmente, o *follow-up* (estudo de seguimento, realizado 02 anos após a primeira entrevista).

Nesse tempo, ampliei minha limitada visão relacionada ao envelhecimento e à velhice, uma vez que, até então, era restrita ao convívio com meus avós e outros idosos presentes no meu contexto. Lamento ao dizer que, muito provavelmente, carregava comigo a concepção decrépita dessa fase; tendência cultural que nos últimos tempos, de forma positiva, está sendo revisitada, seja pelo alcance da longevidade, pelo envelhecimento demográfico ou por razões paralelas.

O fato é que, naquela época, eu conhecia dois idosos por dia. Desse modo, ao fazer as contas, infinitas experiências de vida foram compartilhadas comigo. A conclusão: eu já não era mais a mesma do início da investigação! A cada dia, no decorrer em média de duas horas de entrevista, eu era atravessada por diferentes desfechos de vida. Nesse percurso, tenho certeza que algo de mim pode ter ficado com eles. Entretanto, sei que muito da essência deles ficou em mim.

E, mesmo embora fosse um estudo quantitativo, com questões fechadas e objetivas, sempre havia muito a ser dito nas entrelinhas, fosse entre um café e outro, uma lembrança nostálgica, um sorriso ou uma lágrima que escorresse. Conheci realidades distintas, vi muita miséria, abandono, mas, também, vi gente que venceu por acreditar nos seus sonhos e outros tantos que, talvez, não aprenderam que sonhos podem se tornar realidade.

Ao todo, mais de 2.000 mil idosos foram entrevistados em suas casas pela equipe de pesquisa, cuja área de arrolamento foi em bairros periféricos da zona oeste, no município de São Paulo. Os participantes eram de baixa renda, em sua maioria não sabiam escrever, eram analfabetos ou tinham o mínimo de estudo e muitos eram migrantes da região Nordeste (NE) do Brasil, sendo que vários passaram significativa parte de suas vidas no meio do sertão, entre animais famintos e a seca vegetação. O *Curriculum Vitae*¹ desses idosos estava impresso em suas faces, desgastadas pela aspereza do sol, pela ação do tempo. Infelizmente, esse “percurso de vida” o papel não comporta; o corpo sim, mesmo cansado, aguenta.

Para meus olhos e ouvidos, foi justamente essa população que despertou meu interesse, de forma peculiar, para um futuro projeto de pesquisa.

¹ Percurso de vida. Conjunto de dados que abrange o estado civil, a instrução, o preparo profissional e os cargos anteriormente ocupados por quem se candidata a emprego.

Em várias circunstâncias, informei, orientei, aconselhei esses indivíduos a como buscar/chegar nos serviços de saúde, a tomar a medicação corretamente, seguir dietas, praticar atividades físicas..., isto é, transmiti, entre uma entrevista e outra, conhecimentos que, para mim, eram óbvios. Por outro lado, era impossível desprezar os contrastes regionais, os hábitos distintos, a opinião humilde e, muitas vezes, ignorante daquelas pessoas. Lembro-me, por exemplo, de um senhor que havia sofrido a amputação de uma perna por não ter cuidado devidamente do seu diabetes. Quando questionado acerca da medicação que fazia uso, ele me relatou uma série de medicamentos, porém não notei a presença de hipoglicemiantes orais ou de insulina entre os remédios citados. Questionei-o e ele me respondeu: “Não tenho mais diabetes! Recebi uma transfusão de sangue na cirurgia em que cortaram minha perna e meu sangue foi trocado!” Meu impacto e sobressalto não cessaram aí, com essa resposta. Retomo-os, mais ou menos, um ano depois, quando passo em frente à sua casa e o vejo em cima do sofá, com a outra perna também amputada. Ali estava, infelizmente um “pedaço de homem”.

Para mim, esse caso, como tantos outros que poderia aqui citar, sempre me atravessou enquanto ser humano, pesquisadora e psicóloga. Eu sentia o desejo, a curiosidade e a necessidade de escutá-los mais ainda. Era quase um compromisso, eu tinha que fazer algo! Assim, a possibilidade de um estudo qualitativo poderia ser um caminho para a provável compreensão, conhecimento e percepção das necessidades e cuidado em saúde desses idosos migrantes nordestinos.

A contento, aquela ideia motivada por minhas inquietações transformou-se nesta pesquisa. Após anos, compromisso cumprido!

Muito mais que resultados e (re)descobertas, este trabalho simboliza o meu olhar consentido para todos aqueles idosos nordestinos que um dia abriram as portas de suas casas e de suas vidas para me receber. E não há dúvidas, a presente investigação é, de maneira modesta, só um caminho em direção a um objeto de estudo. Uma coisa eu sei: idosos migrantes nordestinos têm muito para dizer em relação à saúde. O que lhes falta é escuta!

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

[...] *Nós vamos a São Paulo
Que a coisa tá feia
Por terras alheia
Nós vamos vagar
Meu Deus, meu Deus
Se o nosso destino
Não for tão mesquinho
Cá e pro mesmo cantinho
Nós torna a voltar
Ai, ai, ai, ai*
(Luiz Gonzaga, *A triste partida*)

O envelhecimento populacional é hoje um importante e destacado fenômeno mundialmente observado. Segundo Uchôa (2003), esse acontecimento desvela indicadores positivos de uma melhora na qualidade de vida da população. Entretanto, como consequência, há de se considerar o desencadeamento de necessidades e exigências, sobretudo das políticas públicas de saúde.

Justifica-se o crescimento elevado do contingente de idosos através das baixas taxas de fecundidade e menores índices de mortalidade. Em verdade, o nítido processo de envelhecimento demográfico é uma realidade que requer atenção e, ainda que a vida prolongada possa ser uma conquista, é sabido que o envelhecimento pode proporcionar vulnerabilidades, perdas sociais importantes, agravamento das doenças crônicas e degenerativas e perdas, como de autonomia, independência e capacidade funcional (Caldas, 2003).

O aumento da expectativa de vida traz, como consequência, uma necessidade imediata de mudança no modelo assistencial em saúde, bem como na formação do profissional que prestará esse serviço (Garrido, Menezes, 2002; Motta, Aguiar, 2007). Nesse sentido, é fortalecida a importância da Atenção Primária à Saúde (APS), que, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, busca viabilizar o cumprimento dos preceitos propostos na Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 2006a).

Por meio da ESF, a atenção básica de saúde faz-se presente, buscando-se o vínculo com o idoso, a ser estabelecido num contexto comunitário-familiar. A visão sistêmica e integral do idoso e de sua família, agregada à identificação de suas reais necessidades e potencialidades, é pré-condição responsável pela promoção, prevenção e recuperação de sua saúde (Silvestre, Costa Neto, 2003). Assim, quanto maiores a coesão e a efetivação desses pressupostos, menor será o ônus na saúde pública; além disso, mais acessível estará o alcance da equidade.

No contexto específico da APS, um estudo aponta que os profissionais consideram particularmente difícil o trato de idosos; os desafios pessoais e interpessoais da relação (barreira da comunicação, dificuldade no lidar com familiares, questões éticas e percepção da própria ineficácia) são alguns dos aspectos destacados (Adams et al., 2002).

Por sua vez, Uchôa (2003) comenta sobre quão poucos são os estudos que investigam a maneira pela qual o idoso reconhece seus problemas de saúde e as medidas adotadas para resolução e quais as dificuldades implícitas nesse percurso. Concomitantemente, a forma como a situação socioeconômica afeta o acesso dos idosos aos serviços de saúde também é pouco conhecida (Lima-Costa et al., 2003).

Embora existam vários estudos acerca do envelhecimento, é fato que uma parcela significativa segue o paradigma biomédico, desprezando os problemas macroestruturais relacionados ao processo de envelhecer, como, por exemplo: fatores ambientais, sociais e econômicos (Neri et al., 2004).

Envelhecer é um processo singular e múltiplos devem ser os olhares para as múltiplas velhices, uma vez que generalizar a imagem da velhice e tratar suas questões de saúde de maneira unívoca e idêntica à dos outros segmentos etários são uma redução. Até porque os recursos internos e externos utilizados no enfrentamento de problemas de saúde são influenciados pelas experiências anteriores, pelas capacidades físicas e sociais, pelos recursos econômicos e pelas condições de vida (Torres et al., 2004).

Diante dessas considerações, a necessidade de desenvolvimento de pesquisas e espaços para discussões e planejamentos nos âmbitos social, político, econômico e cultural é indispensável para o oferecimento de melhores condições de saúde e, obviamente, de qualidade de vida a essa faixa etária da população.

Tomando-se a realidade do país, perante seus contrastes socioeconômicos, nota-se uma marcante desigualdade no segmento etário das pessoas a partir de 60 anos. Por exemplo, é de conhecimento que idosos mais pobres têm pior qualidade de vida relacionada à saúde. Além disso, existem evidências de que os mais pobres têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mesmo quando a cobertura desses serviços é adequada (Lima-Costa et al., 2003; Uchôa, 2003).

Ademais, a acelerada transição demográfica ocorrida nas quatro últimas décadas trouxe implicações para os modelos estruturais de famílias e as relações de trabalho, emprego e renda, além do comum fenômeno da migração, sendo que as complexas

relações entre essas dimensões acarretam importantes desafios no suporte, atenção e cuidado em saúde dos idosos.

A título de corroborar o raciocínio anterior, vale expor que, em termos de distribuição espacial, aproximadamente 75% dos idosos vivem nas regiões Sudeste (SE) e NE do Brasil, de acordo com as pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007). Evidentemente, os contrastes socioeconômicos e as situações de saúde dessas duas regiões já são de longa data bastante conhecidos.

Coelho Filho e Ramos (1999) salientam que as condições precárias de vida frente à falta de oportunidades foram e ainda são fatores contribuintes para o deslocamento de muitos jovens do NE para as regiões Sul (S) e SE do país, sendo especialmente atraídos pela região metropolitana de São Paulo. Por conseguinte, diante dessa realidade, idosos de nível socioeconômico inferior convivem com transformações na rede de suporte familiar e por essa razão, muitas vezes, segundo Oliveira e Januzzi (2005), acabam migrando tardiamente por contingências familiares, derivadas, sobretudo, de intercorrências de saúde ou moradia (morar com familiares).

Por outro lado, muitos dos idosos moradores das áreas de periferia do município de São Paulo migraram ainda jovens (a partir das décadas de 1960 e 1970), em busca de ofertas de trabalho, sendo que parte deles, após um determinado período, retornou para suas localidades de origem. Entretanto, diante do surgimento de problemas de saúde e/ou dificuldades para tratamento médico ou obtenção de suporte familiar, novamente deslocaram-se, agora com idade avançada, para a já conhecida metrópole paulistana.

Para Campos et al. (2008), a migração de idosos é um assunto já há algum tempo estudado em outros países. Contudo, no Brasil, poucos são os pesquisadores que

abordam tal fenômeno e suas implicações. Peculiarmente, considera-se que os idosos migrantes nordestinos têm muito a relatar sobre suas necessidades e cuidado em saúde, afinal, suas vidas são símbolos de experiências no tocante aos itinerários terapêuticos, que expressam dificuldades em acessar equipamentos oficiais de saúde e realizar manejo de recursos tradicionais para o cuidado em saúde. Tal característica reforça a ideia de experiências compartilhadas de valores morais regionalizados (Trad, 2010). Além disso, indivíduos idosos, invariavelmente, atuaram e atuam como espectadores e participantes de um cenário de conquistas e evoluções tecnocientíficas no campo médico.

Diante do exposto, não se pode desprezar o forte impacto quando culturas e valores diferenciados entrelaçam-se. Aliás, tal conformidade tende a ser acentuadamente mais marcante na idade adulta. Desse modo, reconhece-se que a migração dos idosos da região NE para a SE pode exibir particularidades quanto às concepções de saúde e cuidado diante do contraste socioeconômico-cultural, principalmente quando os idosos mudam-se por necessidades relacionadas à saúde.

Garcia et al. (2005) destacam um aspecto interessante para esta proposta de pesquisa. Segundo os autores, a condição sociocultural influencia diretamente a maneira pela qual o idoso expressa suas experiências de enfermidade, visto que, do mesmo modo que o adoecer é influenciado pela inserção social, o processo de significação da relação saúde-adoecimento também está enraizado em sua trajetória de vida.

Portanto, ao serem aproximados as características socioculturais e o aspecto migratório dos idosos do NE, a relação entre serviço de saúde e idoso-usuário pode exibir configurações e necessidades especialmente diferenciadas da população. Logo,

esse encontro (profissional de saúde – idoso migrante) pode permitir a (re)significação de alguns valores nas políticas públicas de saúde.

Analisando as práticas em serviços de saúde na APS, Ayres (2004) faz referência aos (des)encontros que costumeiramente ocorrem entre profissionais de saúde e usuários. Em seu ensaio, problematiza o cumprimento mecanicista dos papéis: o médico, absorvido pela lógica clínico-preventivista do controle de riscos e da normalidade funcional e capturado pela imposição normativa, não alcança o (re)conhecimento da situação existencial do indivíduo que busca a atenção à saúde. Por sua vez, o usuário, com sua necessidade em saúde acomodada em sua racionalidade, sente-se reduzido quando se fragmenta diante da prática tecnicista daquele que detém a possibilidade de resgate de sua saúde.

A experiência e o raciocínio do autor permitem refletir acerca da realidade dos idosos migrantes no contexto da APS, ao considerar que, além do enfrentamento dos pontos anteriormente elucidados, esses indivíduos, distantes de seu contexto cultural original, forçadamente reformulam o sentido e o significado do cuidado em saúde à medida que estabelecem (des)encontros com subjetividades em território até então alheio à sua historicidade e marcas identitárias.

Diante de tais considerações, a pesquisa e reflexão propostas nesta dissertação buscam (re)considerar a relação entre usuários idosos e profissionais no contexto da APS.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO E A VELHICE, O IDOSO NA FAMÍLIA E O CONTEXTO DE MIGRAÇÃO NORDESTE-SUDESTE

Velhice? Eu acho ótima, até porque a alternativa seria a morte!

(Lia Luft)

*A vida aqui só é ruim
Quando não chove no chão
Mas se chover dá de tudo
Fartura tem de montão
Tomara que chova logo
Tomara meu Deus tomara
Só deixo o meu cariri
No último pau-de-arara
Enquanto a minha vaquinha
Tiver o couro e o osso
E puder com o chocalho
Pendurado no pescoço
Eu vou ficando por aqui
Que Deus do céu me ajude
Quem sai da terra natal
Em outros cantos não para
Só deixo o meu cariri
No último pau-de-arara.*

(Luiz Gonzaga, *Último pau-de-arara*)

Este capítulo aborda, de forma mais detalhada, os principais eixos temáticos da dissertação. Não se trata, entretanto, de uma extensa ou exaustiva revisão da literatura produzida sobre envelhecimento, velhice, o idoso na família e a migração interna no país. Tal esforço, além de inviável no contexto de uma dissertação de mestrado, torna-se desnecessário diante da problemática central deste estudo, que é a de compreender

como idosos migrantes nordestinos, no município de São Paulo, vivenciam as necessidades e o cuidado em saúde, no contexto da relação que mantêm com serviços públicos de APS. Nesse sentido, a proposta é situar a problemática, para, na sequência, apresentar os referenciais teóricos que fundamentaram o estudo.

Como já apontado na Introdução, nas últimas décadas, sobretudo em virtude das baixas taxas de fecundidade e dos menores índices de mortalidade, o processo de envelhecimento populacional tem apresentado destacada relevância no panorama mundial, uma vez que a transição demográfica aponta para um elevado crescimento da população idosa diante dos demais grupos etários. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 como a Era do Envelhecimento e revela ainda que, nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi, sobretudo, mais impactante e acelerado; enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123% (Siqueira et al., 2002).

No Brasil, a queda na taxa de fecundidade teve início na segunda metade da década de 1960, especialmente nas regiões SE, S e Centro-Oeste (CO). Esse declínio está diretamente relacionado ao processo de urbanização, à entrada da mulher no mercado de trabalho e, também, à paulatina difusão dos métodos contraceptivos orais que houve nesse período no país. Enquanto isso, nas regiões Norte (N) e NE, a queda na taxa de fecundidade ocorreu somente a partir do início da década de 1980.

Já os baixos índices de mortalidade são resultado de diversas políticas de saúde pública implantadas no país a partir do final da década de 1960. Tais políticas tiveram ainda maior expressão nas décadas posteriores, ao centralizar esforços para a redução nos índices de mortalidade infantil, que se mostraram eficazes, como: campanha de

vacinação em massa, atenção ao pré-natal, aleitamento materno, introdução e expansão do programa de agentes comunitários de saúde etc.

Com o avanço da medicina e a melhoria nas condições de vida da população, o último censo demográfico aponta 73,1 anos como a expectativa de vida ao nascer (IBGE, 2010). Diante desse contexto, estudos sobre a realidade demográfica brasileira, como os de Beltrão et al. (2004) e da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), corroboram que mudanças expressivas ocorrem em nosso país. Em termos comparativos, enquanto alguns países da Europa levaram em média cem anos para lidar com essa dinâmica, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, esse movimento foi reduzido para duas ou três décadas. Duarte e Lebrão (2005) comentam que, diante desse rápido processo de envelhecimento, esferas de competência em nosso país, especialmente em políticas públicas – saúde e promoção social –, direcionam esforços para pesquisas, planejamentos e ações que contribuam para um envelhecimento saudável e ativo (Brasil, 2006a), atendendo às novas demandas geradas pela população de idosos.

Veras (2009) alerta que um dos principais desafios com os quais o setor da saúde necessita lidar urgentemente é a organização do sistema, visto que somente assim haverá uma eficiente e adequada atenção à população idosa, mesmo porque projeções indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em proporção de idosos, com um segmento etário superior a 30 milhões de pessoas (Carvalho, Garcia, 2003).

Entretanto, não é possível desprezar as adversidades existentes no atual contexto brasileiro, tais como a pobreza e uma manifesta desigualdade social, que caracterizam o país. É fato que essa realidade dificulta severamente a efetividade e o sucesso dos programas e ações direcionados ao fenômeno do envelhecimento em nossa sociedade.

Diferentemente, os países da Europa tiveram maior facilidade para lidar com esse tema, visto que, primeiramente, resolveram suas questões econômicas e somente depois lidaram com a eclosão do envelhecimento populacional em suas realidades territoriais. Já o desafio brasileiro é gigantesco, tanto para o Estado quanto para as famílias; além disso, a velocidade do processo de envelhecimento é considerável e as limitações para se lidar com o fato são inúmeras.

No país, a atenção das políticas públicas direcionadas a essa temática é, também, recente. No início, focalizavam essencialmente as consequências demográficas em virtude da queda da fecundidade, que começou a ocorrer a partir da segunda metade da década de 1960. Entretanto, com o crescimento acelerado do número de idosos, outras questões, especialmente as relacionadas às políticas de saúde e previdência social, despertaram a atenção para o novo cenário em questão. A partir dessa perspectiva, a OMS (2005, p. 54) posiciona-se:

Em 1995, ao renomear seu 'Programa de Saúde do Idoso' para 'Envelhecimento e Saúde', a OMS sinalizou uma importante mudança de orientação. Em vez de compartimentalizar os idosos, o nome novo abrangeu uma perspectiva de curso de vida: todos estamos envelhecendo e a melhor forma de garantir uma boa saúde para os futuros grupos de pessoas mais velhas é através da prevenção de doenças e promoção da saúde durante a vida. Inversamente a saúde dos atuais idosos só pode ser completamente entendida se considerarmos os eventos que experienciaram na vida.

Assim, por necessidade quase emergencial, aspectos relacionados à condição de vida dos idosos estão sendo considerados/avaliados, fundamentalmente os familiares, de saúde e mortalidade e rendimentos (Camarano, 2002).

De acordo com as primeiras análises produzidas pelo IBGE, em 2008, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2007, são quatro as políticas mais importantes para a população idosa:

- I. renda para compensar a perda da capacidade laborativa (previdência e assistência social);
- II. saúde;
- III. cuidados de longa duração;
- IV. criação de um entorno favorável (habitação, infraestrutura, acessibilidade etc.).

A efetivação dessas políticas depende da ação do Estado, especialmente a partir do setor de saúde, por meio das equipes de atenção à saúde, como também da integração dos idosos e suas famílias e dos grupos de apoio da comunidade.

Ainda nesse sentido, as desigualdades sociais demarcam carências e lacunas regionalizadas, exibindo implicações para subsidiar as políticas supracitadas. Apesar da diversidade de fatores envolvidos no processo de envelhecimento da nossa população, lamentavelmente as políticas de saúde tendem a perceber um envelhecimento comum e universal, já que muitas vezes não contemplam aspectos específicos diretamente relacionados às disparidades sociais e regionais evidenciadas no país.

De acordo com Uchôa (2003), grande parte dos estudos sobre envelhecimento e saúde adota a perspectiva unívoca da dimensão biológica associada à deterioração do corpo. Dessa forma, considerando que diretrizes em políticas públicas são baseadas

previamente em pesquisas, o tema do envelhecimento tende a ser tratado como um comum e esperado declínio nessa etapa de vida. Por outro lado, segundo a autora, ainda que outras áreas do conhecimento, como a Antropologia, tenham entrado no campo de estudo sobre o envelhecimento tardiamente, trazem contribuições e inovam na abordagem acerca do tema. Estudos realizados em sociedades não ocidentais trouxeram, por exemplo, visões mais positivas sobre a velhice e o processo de envelhecer, refutando, portanto, a universalidade da perspectiva ocidental (Cohen, 1998).

Nessa direção, o presente estudo busca considerar a articulação das diferentes dimensões sociais (como o aspecto regional e suas características sociais e culturais) com as dimensões individual e familiar (relacionadas à experiência pessoal do idoso no contexto familiar e não somente ao envelhecimento orgânico), tendo em vista a compreensão ampliada do significado do envelhecimento para os sujeitos em seu território.

Uma vez que o contexto da experiência do envelhecimento e da velhice remete à família, entende-se a família, neste estudo, como o grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. Sua existência se consubstancia a partir dos laços de parentesco (consanguinidade e afinidade), que são capazes de manter, entre os membros, vínculos morais e materiais durante uma vida e durante as gerações. Inevitavelmente, por mais frágil que possa parecer essa rede de relações, sempre haverá um conjunto invisível de exigências morais e funcionais que organiza a interação de seus membros, considerando-a, igualmente, um sistema que opera através de padrões transacionais (Minuchin, 1990).

Por uma ótica demográfica, Batista et al. (2008) e Silva (2007) afirmam que, nas últimas décadas, profundas transformações em decorrência de fatores econômicos, sociais e culturais estão ocorrendo nos arranjos familiares, principalmente devido às novas formas de união conjugal, à opção por casamentos sem filhos, filhos sem casamento, experiência de vários casamentos, divórcio, à emancipação da mulher e sua forte presença no mercado de trabalho, à escolarização precoce e mais efetiva, à migração da população para os centros urbanos e à questão da longevidade. Logo, a redução do tamanho dos núcleos familiares e a inexistência de um modelo único ou ideal de família são constantes que denotam novas formas de relações entre gêneros e gerações.

Conforme Torres et al. (2004), a família é a primeira instância a lidar com as questões do envelhecimento e da velhice e, mesmo diante de todas as transformações nos arranjos familiares, é esse o espaço que garante a sobrevivência, o desenvolvimento e a proteção integral aos membros que a compõem, entre eles, os idosos, para quem o papel da família é de fundamental relevância, pois é ela que, no cotidiano, ampara, auxilia nas atividades diárias, proporciona suporte emocional e faz, muitas vezes, a mediação com o meio exterior. É a família que busca por estratégias de apoio, sejam elas ligadas aos serviços, informações ou outros benefícios, que possam auxiliar no cuidado de membros idosos em situação de dependência.

Camarano e El Ghaouri (2003) apontam que, em geral, o grupo populacional de idosos é considerado um grupo que apresenta vulnerabilidade, justamente em virtude de não mais pertencer ao sistema economicamente produtivo e, também, pelo fato de estar mais suscetível ao comprometimento físico e mental.

Silva (2007) destaca que a percepção que a família tem acerca do envelhecimento interfere diretamente na relação e no tratamento dos idosos em seu meio familiar. No entanto, para Caldas (2003), embora o grupo familiar seja a fonte primária de cuidado informal, essa não é uma realidade que se aplica a todos os que envelhecem, uma vez que existem idosos que não têm família e outros cujas famílias vivem em um limiar acentuado de pobreza, nas quais seus integrantes não podem se ausentar do trabalho para auxiliar seus idosos dependentes.

Considerando esse enfoque, programas e serviços são imprescindíveis, especialmente para essas situações, visto que idosos dependentes, isolados ou abandonados necessitam de estratégias substitutivas na falta da atenção familiar. Essa é uma questão que deve ser tratada pelo Estado, não sendo nada desprezível o impacto que as famílias, a sociedade e o próprio idoso sofrem nessas condições.

Em seus estudos, Camarano e El Ghaouri (2003) evidenciam a realidade brasileira dos idosos em família e algumas considerações fazem-se pertinentes:

- no Brasil, predominam os arranjos familiares do tipo idoso com filho. A explicação para esse fato é que, por restrições econômicas, os filhos saem mais tardiamente da casa dos pais;
- em 86% das famílias que têm idosos, estes são chefes ou cônjuges. Cada dia é mais crescente o número de idosos que são os principais mantenedores dos lares;
- apenas um número reduzido de idosos apresenta a necessidade da coresidência. Estes, geralmente, são mais velhos, mais pobres, mais comprometidos com suas morbididades e têm menor independência funcional.

Lloyd-Sherlock (2001) também comenta que a coresidência é um tema de bastante complexidade, sendo frequentemente associado à condição socioeconômica dos coresidentes. O autor menciona que os idosos residentes em áreas de periferias brasileiras apresentam maior probabilidade da coresidência com filhos do que os demais idosos. Entretanto, nessas circunstâncias, a coresidência pode, também, simbolizar a necessária e fundamental contribuição econômica do idoso para o orçamento familiar.

Por fim, os arranjos familiares estão invariavelmente atrelados às condições socioeconômicas as quais os idosos e integrantes do grupo familiar estão subordinados. Nessa relação, algumas vezes os idosos são beneficiados e, outras, os demais integrantes da família, havendo, assim, uma inversão da relação de dependência.

Entretanto, embora muitos idosos sejam protagonistas no orçamento de seus domicílios, pondera-se a inexistência de garantias de que eles receberão suporte familiar caso necessitem de cuidado. Em alguns casos, isso se deve ao fato de o recurso ser insuficiente; em outros, pelas inúmeras dificuldades que a família pode encontrar para prover o devido cuidado.

O último ponto abordado no capítulo remete a alguns aspectos da migração NE-SE no país.

Foi justamente a partir do início do século 20 que o fenômeno da migração na sociedade brasileira ocorreu de maneira mais intensa. Naquela ocasião, o fluxo migratório interno direcionado à região SE do país superou o índice de imigrantes² (Brito, 2006). Particularmente, os estados de São Paulo e Rio de Janeiro tornaram-se extremamente atrativos diante da expansão urbana e industrial naquele período. Desse

² Imigrantes, sobretudo europeus, adentravam o país em grande escala naquela época. Com o incentivo do Estado, concentravam-se especialmente nas regiões S e SE do Brasil.

modo, essa maciça redistribuição da população contribuiu significativamente para a mudança do próprio perfil da população urbana.

Para Oliveira e Jannuzzi (2005), os motivos da migração estão diretamente relacionados, em primeira instância, aos desequilíbrios regionais em termos de oferta de emprego e baixas condições salariais, ou seja, o indivíduo decide migrar quando tem a clara percepção de que, independentemente de quanto trabalhe, não irá prosperar financeiramente.

Em sua pesquisa, Batista (1998, p. 106) especifica as razões para o fenômeno da migração interna:

Os motivos que impulsionaram o migrante a sair da terra de antes em busca de novas formas de viver são decorrentes de inúmeros fatores: os adversos de expulsão e outros de atração, tais como: questões econômicas – miséria, fome, desemprego, latifúndio, exploração nas relações de trabalho, de terra para a economia de subsistência, estratégia camponesa para a preservação do sítio, implantação da atividade pecuária; questões ambientais – variações climáticas (enchentes e secas), esgotamento dos solos; questões psicossociais – conflitos locais, frustrações, desavenças nas relações familiares, busca do imaginário urbano, vontade de viver outras experiências.

Por sua vez, Durham (2004) ressalta que as principais zonas de emigração eram os estados de Minas Gerais, Bahia e os demais estados nordestinos, respectivamente, sendo que grande parcela desses migrantes provinha de áreas rurais, baseadas na economia de subsistência, como também de vilarejos ou pequenas cidades.

Para minimizar os riscos de insucesso ou inadaptação, primeiramente migravam os jovens solteiros; depois, de acordo com as novas oportunidades e garantia do êxito migratório, eles voltavam para suas origens tendo como intuito buscar outros irmãos, solteiros ou casados, para que, assim, repetissem o mesmo percurso. Apoiando uns aos

outros, esse processo só se finalizava no momento em que os filhos, já estabilizados, buscavam os pais, para que todos estivessem próximos fisicamente e com melhor padrão de vida.

Além das ações exercidas no próprio meio familiar, o migrante, quando retornava a passeio para sua área de origem, causava comumente influência na sua rede social, pois amigos e vizinhos impressionavam-se com as histórias da metrópole e com as possibilidades de uma vida economicamente mais promissora. A modernização, as oportunidades, a ascensão social, o dinheiro, o acesso aos bens materiais e a melhor qualidade de vida, entre outras razões, eram argumentos mobilizadores para a tomada da decisão. Logo, o vínculo entre essas pessoas, bem como a criação de um imaginário cultural do local de destino, eram fatores importantes para o processo migratório.

Fontes (2008) comenta que comunidades nordestinas, a partir da década de 1950, foram se formando nas cidades industriais do SE brasileiro. Tratando-se particularmente da realidade paulistana, uma expressiva concentração de migrantes nordestinos deu-se na região metropolitana da cidade de São Paulo, justamente pelo assentamento de polos industriais do ramo da metalurgia e indústrias automobilísticas nessas áreas, que demandavam mão de obra sem especialização³.

A convivência estabelecida entre os migrantes nordestinos, delimitada por um espaço físico comum, seja no ambiente de trabalho ou no contexto de moradia, gera(va) maior conforto emocional, segurança, cumplicidade e ajuda mútua para lidar com a adaptação na cidade grande e o enfrentamento do preconceito e discriminação que essas pessoas sofrem/sofriam de alguns setores da sociedade paulistana. Nesse

³ Em São Miguel Paulista, por exemplo, havia a presença da Nitro Química, considerada, em seu tempo, a indústria que mais utilizava a mão de obra migrante, particularmente a nordestina. Para se ter ideia, em 1960, mais da metade dos funcionários era migrante do NE (Fontes, 2008).

sentido, a noção de “comunidade” trazida pela pesquisadora é adequada, ao apresentar a identificação entre os membros e a vinculação afetiva, originária e essencial. Assim, os laços regionalizados de sociabilidade dão sustentação e facilitam a vida do migrante em novo território (Durham, 2004).

De acordo com Batista (1998), as redes sociais são facilitadoras para o processo de migração, considerando, evidentemente, que as relações familiares, de amizade e de conterraneidade constituem as bases dessas redes.

As redes sociais atreladas às atitudes de solidariedade entre os migrantes são aspectos fundamentais e contribuintes para a ação de migrar, para a construção da identidade do migrante, bem como para a sua resistência e permanência no local de destino.

Sluzki (1997) ressalta que essa etapa de transição geográfica é assinalada, teoricamente, por um período de luto pessoal. Não obstante, na prática, o processo de luto é, geralmente, mascarado e evitado, em razão da necessidade prioritária de adaptação ao novo ambiente. Afinal, deixa-se para trás uma rede social formalizada e parte-se para um novo contexto, com o árduo desafio de constituir uma nova rede.

Durante esse período, que pode durar meses para alguns e vários anos para outros, o migrante atravessa momentos de estresse crítico. Diante dessa circunstância, as relações sociais estabelecidas entre os conterrâneos tendem a amenizar as dificuldades e estranhezas sentidas comumente pelo migrante nas grandes metrópoles, como impessoalidade, frieza, hierarquia, rigidez, solidão, ilusão e distância do lugar de origem.

O fluxo migratório representa, assim, a integração de indivíduos em um sistema mais complexo, diferenciado e moderno, em substituição a um modelo tradicional e de

comunidades menores (geralmente comunidades rurais), de onde essas pessoas emigram.

Em termos quantitativos, a força do processo migratório interno direcionado ao SE pode ser comprovada através do censo demográfico de 1970, que apontou a Grande São Paulo como a cidade que apresentava o maior número de migrantes do país. Além disso, Borges (2007) ressalta em sua pesquisa que, até a década de 1980, o movimento migratório brasileiro era basicamente caracterizado pelo deslocamento de populações nordestinas rumo ao SE. Entretanto, vale dizer que, embora atualmente a migração ainda persista, ela não mais oferece garantias de ascensão social.

Nas últimas décadas, diante das transformações na economia brasileira, associadas ao avanço tecnológico e a um mercado de trabalho cada vez mais competitivo e qualificado, o migrante, que geralmente tem baixa escolaridade, começou a ter dificuldade para vender sua força de trabalho, pois frente a um mercado mais restrito, deixa de ser, como no passado, funcionalmente necessário para o desenvolvimento econômico do país e passa a ser visto como competidor por vagas de trabalho. Essa disputa por uma oportunidade laboral contribui para a emergência e, até mesmo, o aumento da intolerância contra essa população migrante.

Considerando o perfil etário dos migrantes, os principais motivos da migração seriam, então, os relacionados ao trabalho. Consequentemente, indivíduos jovens e em pleno potencial produtivo estariam liderando o fluxo migratório. Contudo, esta investigação centraliza-se no fenômeno da migração de idosos. Assim, buscar-se-á maior compreensão das razões pelas quais aqueles com idade avançada migram, deslocando-se, particularmente, do NE para o município de São Paulo.

Diante desse fato, o delineamento desta pesquisa objetiva, justamente, compreender o idoso migrante nordestino e sua relação com o processo de saúde-adoecimento-cuidado contextualizado no município de São Paulo, considerando, como Debert (1998), que o envelhecimento só pode ser compreendido no interior da cultura e da sociedade que o produziu e, como aponta Caprara (2003), que a doença é um produto culturalmente determinado, pois esta organiza a experiência da doença e do comportamento frente ao adoecimento de maneira diversa nas diferentes sociedades.

Neste trabalho, reconhece-se, ainda, a importância das referências culturais originais dos idosos migrantes, a fim de apreender o sentido atribuído à vivência do processo saúde-adoecimento e sua relação com os serviços de APS.

Segundo Oliveira e Jannuzzi (2005) e Campos et al. (2008), são escassas as publicações científicas nacionais que abordam a migração de idosos, porém, diante do fenômeno do envelhecimento da população brasileira, é bastante provável que essa temática desperte mais interesse nos próximos anos.

Por outro lado, Rogers e Raymer (2001) comentam que pesquisadores internacionais estão cada dia mais mobilizados a investigar os aspectos agregados a essa questão. Nos Estados Unidos, por exemplo, as principais abordagens estão relacionadas aos modelos de migração interna e às implicações dessa dinâmica, focalizando tanto o processo de envelhecimento em um novo contexto espacial quanto o impacto demográfico desse deslocamento ao considerar, principalmente, os aspectos socioeconômicos e culturais.

Baseados na literatura internacional, Campos et al. (2008) mencionam os principais motivos da migração de idosos, quais sejam: busca de amenidades, busca de assistência e razões de incapacidade ou limitação. Entenda-se por busca de amenidades

aqueles indivíduos, geralmente idosos mais jovens, que apresentam boas condições financeiras e de saúde e se deslocam em busca de lugares de melhor qualidade ambiental. O segundo diz respeito àqueles idosos mais pobres, muitas vezes sem cônjuge, que buscam a coresidência com filhos ou outros parentes que possam oferecer algum tipo de suporte. Já o terceiro é o caso de idosos que migram em decorrência de problemas mais complexos de saúde; comumente são idosos com idade mais avançada.

Para Cardel (2003), a migração é uma situação singular tanto pela ótica dos aspectos socioculturais quanto dos individuais, pois, para o migrante, ela implica permutas da realidade interna, com as consequentes repercussões na sua realidade externa.

A migração, em sua essência, é muito mais que um deslocamento geográfico ou um rito de passagem de uma condição limitante e deficitária, em algum aspecto, para uma possível melhor condição de vida; é um reassumir-se diante de sua escolha, ressignificando seus referenciais de origem. Nessas circunstâncias, a adaptação e a incorporação das manifestações culturais da metrópole fazem-se necessárias, independentemente de o migrante ser jovem ou idoso.

3 REFERENCIAL CONCEITUAL

3.1 CICLO VITAL E ENVELHECIMENTO

O tempo é um ponto de vista. Velho é quem é um dia mais velho que a gente.

(Mário Quintana)

A partir das considerações acerca do fenômeno do envelhecimento populacional e suas repercussões nas esferas socioeconômica, política e cultural da sociedade, compreende-se que novas demandas são geradas, tornando o envelhecimento um tema privilegiado de investigações em diversas áreas de conhecimento. O interesse e a atenção pela temática são ainda reforçados pela manifesta necessidade de implementações de políticas públicas direcionadas a esse segmento etário.

Lins de Barros (1998) comenta que a sociedade ocidental moderna teve por tendência comum a valorização da infância e da juventude, tratando essas etapas do ciclo vital como questões sociais e, também, como objetos de estudo. Assim, havia, até a década de 1970, uma nítida ausência de estudos que abordassem o envelhecimento e suas implicações nas populações humanas.

Nesse período, o foco estava prioritariamente em torno da juventude – havia todo um futuro a planejar. Segundo a autora, em sua pesquisa sobre envelhecimento desenvolvida no final da década de 1970, eram quase inexistentes estudos antropológicos que enfocassem a velhice, pois todos os “holofotes” estavam voltados

para os jovens. Da mesma forma, pesquisas socioantropológicas eram escassas até cerca de 1960 e praticamente não havia um estudo em sociologia que pudesse ser considerado importante. A literatura existente, naquela época, estava concentrada nas áreas da medicina e da biologia e, ainda assim, tais estudos estavam centralizados nos países que começavam a lidar com as questões do envelhecimento demográfico.

Invariavelmente, as pesquisas e reflexões acerca do envelhecimento humano individual sempre estiveram correlacionadas ao ciclo vital e, nesse sentido, a base universal da existência do ciclo de vida está centralizada em aspectos biológicos, antes mesmo dos sociais ou culturais.

Enquadram-se nessa perspectiva de cunho biológico/comportamentalista especialmente geriatras e alguns gerontólogos, que enfatizam em suas investigações o processo de declínio físico, ocasionado por fenômenos degenerativos naturais do organismo. Além disso, esse enfoque contribui, ao mesmo tempo em que orienta, para as políticas públicas de saúde, ao oferecer subsídios para a análise de mudanças no perfil populacional.

Para Debert (1998), o fenômeno vital – nascer, crescer e morrer – é um fato natural e universal, sendo um processo comum para qualquer ser vivo. Entretanto, de acordo com a perspectiva antropológica, é um fato social e histórico, apresentando, por exemplo, variabilidade nas formas de conceber e viver o envelhecimento.

Diversos estudos revelam que a experiência do envelhecimento é heterogênea e individual, sempre assentada em um contexto sociocultural e em uma determinada época. Dessa forma, configurações de valores podem ser díspares em momentos históricos distintos em uma mesma sociedade e entre culturas. Paralelamente, admite-

se que as diferenças de gênero, classe, religiosidade e raça/etnia estão diretamente implicadas nas construções das representações e das experiências de envelhecer.

Schneider e Irigaray (2008) fortalecem o argumento ao mencionarem que

as concepções de velhice nada mais são do que resultado de uma construção social e temporal feita no seio de uma sociedade com valores e princípios próprios, que são atravessados por questões multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias. (p. 587).

Segundo os autores, à medida que o envelhecimento é investigado em diferentes culturas, maior torna-se a convicção da influência da cultura no processo de envelhecimento. Desse modo, o conceito de ciclo vital, bem como as derivações conceituais (atribuições de propriedades e papéis) advindas dos segmentos etários (infância, juventude, idade adulta e velhice), somente serão passíveis de consideração uma vez que se valorizem e reconheçam os aspectos contextuais (diferenças socioculturais existentes na concepção de ciclo de vida) e temporais (alterações substanciais ao longo do tempo, de aspectos que modelam conteúdos dos segmentos etários) da população referenciada.

Por sua vez, Featherstone (1998), de forma bastante peculiar e contributiva, problematiza a concepção de envelhecimento enquanto construção social. Para o autor, a abordagem é popularizada, mas se mostra limitada, visto que existe uma inclinação, nos estudos sociológicos, a compreender todos os aspectos humanos – identidade, gênero, estilo de vida, preferências, entre outros – como construções sociais. Em relação ao envelhecimento, ele salienta:

Particularmente importante aqui são os modos pelos quais o corpo humano coloca limites às nossas possibilidades para a vida social. Ao mesmo tempo temos que estar conscientes do fato de que corpos

não operam no mundo social como coisas ‘em si mesmas’; ao contrário sua capacidade de operar é mediada pela cultura. (p. 46).

Puerta (2001) e Minayo e Coimbra Jr. (2004) acrescentam que, na sociedade ocidental, o ciclo de vida tem implicitamente a finalidade de ser um organizador social, além de ser incorporado pelo Estado, que assume o papel de regulador, ao caracterizar potencialidades e limitações de cada segmento etário.

No caso da velhice, seria muito reducionista, em tempos atuais, conceituar o período simplesmente como tempo de aposentar-se. Regras etárias mudam no tempo. Desse modo, diante do vasto panorama de mudanças, esse grupo social, crescente em número, energia e organização, incita a imediata reformulação da tradicional e unívoca percepção de decrepitude e inatividade nessa fase da vida. Assim, novos significados e diferentes estratégias são demandados, ao visar à maior qualidade de vida, bem-estar e adequação desses idosos em família e em sociedade.

Por exemplo, Couto et al. (2009a) comentam que, nos últimos tempos, pesquisadores no campo da psicologia do desenvolvimento estão concentrando seus interesses na resiliência, enquanto variável responsável para o desenvolvimento saudável, substituindo, desse modo, a habitual ênfase nas perdas e doenças que ocorrem com o avanço da idade. O núcleo central da resiliência estaria na capacidade de adaptação do idoso no contexto de ameaças ou severas adversidades decorrentes do envelhecimento. Por conseguinte, são valorizados os recursos disponíveis e as potencialidades do idoso frente ao perigo, considerando os fatores de proteção e não somente os de risco.

Por outra vertente, aliada à perspectiva do ciclo vital, encontra-se a idade cronológica, que, efetivamente, adota como critério a demarcação da vida pelo tempo.

De acordo com a OMS, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são consideradas idosas nos países em desenvolvimento – inclui-se, nessa esfera, o Brasil, conforme o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003); enquanto, nos países desenvolvidos, define-se como idoso aquele que tenha 65 anos ou mais (OMS, 2005).

Neri (2001) ressalta que o critério cronológico funciona como ponto de referência e elemento organizador, visto que estamos inseridos em um mundo temporalizado. Já para Schneider e Irigaray (2008), a velhice é uma experiência singular, construída a partir da história de vida do indivíduo e da representação de velhice que a sociedade a qual ele pertence apresenta. Dessa forma, não terá importância sua quantidade de anos, mas sim o que ele fez com os anos vividos e como a sociedade em que ele está inserido o percebe com a idade que tem.

Outra classificação utilizada acerca do envelhecimento refere-se à capacidade funcional do idoso. A preservação da capacidade funcional – definida como ausência de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana – é de significativa importância, uma vez que garante a autonomia e a independência do indivíduo. Nesse sentido, a idade cronológica não necessariamente exprime relação com a idade funcional. Por exemplo, uma pessoa de 80 anos com saúde física estável pode apresentar melhor capacidade funcional do que um idoso de 60 anos. Segundo Parahyba et al. (2005), tal conceito vem sendo bastante utilizado ao avaliar o estado de saúde dos idosos, até mesmo porque muitos têm uma carga de doenças que varia em severidade e causa impactos diferenciados no dia a dia.

As implicações sociais do envelhecimento também têm sido avaliadas por uma ótica economicista. Nessa perspectiva, a velhice assume contornos a partir do momento em que o indivíduo é excluído do mundo produtivo do mercado de trabalho,

representado, muitas vezes, pela aposentadoria. Essa visão não está necessariamente associada às transformações fisiológicas oriundas pelo avanço da idade, entretanto, exhibe o enfoque produtivista e tende a enfatizar o caráter depreciativo, ao qualificar o que não é mais “produtivo” como improdutivo, inativo. Assim, de acordo com Cunha (2000), esses indivíduos são vistos pela nossa sociedade como idosos “vazios de papéis sociais”, que, permanecendo à deriva, tornam-se alvos de preconceitos ou estereótipos, sendo considerados, muitas vezes, um peso social.

Contribuindo para o debate, Minayo e Coimbra Jr. (2004) salientam que, na sociedade ocidental, o cerne das questões relacionadas ao envelhecimento ora é tratado como um problema de saúde ora como um problema político-social. Na verdade, tendo como cenário a transição demográfica e o envelhecimento populacional, a biomedicalização da velhice e a atenção preventivista buscam assegurar um envelhecimento saudável, ao mesmo tempo que formuladores de políticas públicas analisam o custo social da população idosa.

Souza et al. (2002, p. 191) acrescentam que, no Brasil,

os velhos considerados ‘problemas’ são os mesmos que usam os serviços públicos de saúde, que dependem da aposentadoria do INSS ou não tem direito à aposentadoria, e os que usam os serviços de assistência social pública.

Logo, a problemática não diz respeito essencialmente ao processo de envelhecimento em si, mas sim à condição de vida que o idoso detém. O idoso “problema” é o idoso pobre, até mesmo porque as classes mais abastadas resolvem de forma privada suas necessidades de saúde e assistência social. Desse modo, idosos dessas classes geralmente não são objetos de preocupação das políticas públicas.

A síntese preliminar com base nos trabalhos citados é a de que são inúmeros os aspectos que configuram o processo de envelhecimento e a velhice na sociedade atual, sendo que traços individuais, parâmetros socioculturais e marcadores biológicos norteiam, em menor ou maior escala, as diversas abordagens existentes. Diante do recente contexto de envelhecimento demográfico, particularidades culturais, agregadas aos processos biológicos do envelhecimento, manifestam-se como elementos importantes, que devem estruturar a formulação de políticas mais adequadas ao perfil da sociedade em questão. O desafio é universal, entretanto, as vicissitudes relativas à compreensão do envelhecimento e da velhice são fracionadas nos contextos pormenorizados, nos quais a experiência subjetiva consubstancia, no plano individual, o envelhecimento e a velhice.

3.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ORIGEM E CONTRIBUIÇÃO

Para o desenvolvimento do estudo, considerando o universo simbólico dos idosos e os referenciais dos profissionais de saúde em relação às necessidades e ao cuidado em saúde desses idosos, buscar-se-á uma aproximação da teoria das representações sociais, que será utilizada nos procedimentos metodológicos que fundamentam a construção das entrevistas com os sujeitos e a análise dos dados produzidos a partir dessa técnica.

Vale dizer que há tempos o conceito de representação destaca-se na Sociologia. No período inicial da disciplina, em época que prevalecia o método das ciências da

natureza, Émile Durkheim (1858-1917) apoiava-se na construção de objeto e métodos próprios da Sociologia, com os quais aspirava ao alcance da objetividade e da verificação, através da utilização da noção de representação coletiva e por meio da investigação da realidade vivenciada, valorizando os conhecimentos, as crenças e os sentimentos do grupo social diante do pensamento individual (Horochovski, 2004).

Apoiando-se na noção de representação coletiva, Herzlich (2005) comenta que Durkheim defendia a ideia que a soma das representações individuais jamais seria equivalente à representação coletiva, isto é, de fora para dentro, os indivíduos sofriam implicações impostas pela sociedade, atingindo, consequentemente, suas consciências. Para ele, a representação coletiva assentava-se, por exemplo, em fenômenos como a religião, a ciência, os mitos e as variações de espaço e tempo, como fontes de conhecimentos inerentes à sociedade.

Derivando dessa base durkheimiana, na década de 1960 Serge Moscovici, atuante na psicologia social europeia, oferece uma nova visão, ao propor o caminho inverso: entender como o senso comum apropria-se dos conhecimentos produzidos na sociedade. Nessa ocasião, abriam-se espaços e dava-se sentido à criação da noção de representação social; ainda, as relações sociais passaram a assumir um caráter especial, ao se fundirem com os aspectos psicológicos do indivíduo. O interesse estava no “poder das ideias” do senso comum, em reconhecer como constituíam uma realidade comum e, mais ainda, como esses sujeitos transformavam ideias em práticas. Para Moscovici, o processo de representação é sociovariável, ao configurar-se mediante as estruturas sociais e cognitivas populares e circunscritas, compreendendo as mudanças e permanências promovidas socialmente (Oliveira, 2004). Por essa razão, as representações são ilimitadas, não derivando, portanto, de uma única sociedade; pelo

contrário, uma sociedade maior pode apresentar diversas representações em sociedades menores. A psicologia social reconhece, assim, as representações como fenômeno, apresentando plasticidade e circularidade, destoando radicalmente da estaticidade presente na teoria de Durkheim.

O desafio está em compreender como a tríade grupos-ideias-atos conforma e modifica a sociedade. Sabe-se que a construção das representações sociais estabelece-se no conhecimento adquirido no cotidiano, possibilitando não somente alterações no comportamento do indivíduo, como também a reconfiguração e reconstituição do ambiente social no qual está inserido. Logo, Costa (2006) reitera que a representação social é uma preparação para a ação.

Por essa perspectiva, serão identificadas as representações sociais dos idosos e dos profissionais integrantes de equipes de Saúde da Família (SF) acerca das necessidades e do cuidado em saúde dos idosos migrantes do NE do Brasil usuários da APS.

A abordagem dos posicionamentos dos indivíduos perante os acontecimentos cotidianos permitirá o reconhecimento de saberes compartilhados por grupos, ao invés da valorização singular do ponto de vista do indivíduo. A representação não é apenas uma formulação mais ou menos de um saber; pelo contrário, é muito mais complexa e não deixa, naturalmente, de ser uma interpretação e questão de sentido.

Comerlato, Guimarães e Alves (2007, p. 740), em seu estudo, apontam elementos relevantes e, também, pertinentes a esta investigação, no que se refere aos profissionais integrantes de equipes de SF:

No ponto de intersecção entre a individualidade do sujeito e o processo coletivo de trabalhar com saúde e doença, é onde

encontramos o profissional uno, indivisível, que também constrói suas representações na convivência cotidiana, mas por outro lado, tem o processo de formação profissional que lhe confere saber e autoridade na área da saúde. O conhecimento e a técnica muitas vezes podem servir como proteção, diluindo sentimentos desconcertantes deste profissional que envelhece.

Em verdade, tanto os profissionais de saúde quanto os idosos migrantes do NE estão sempre revendo hábitos, modos de vida e valores sociais inerentes à sua pessoa, de acordo com os significados histórico e culturalmente construídos, possibilitando continuamente uma nova reconfiguração de suas representações em torno das necessidades e cuidados em saúde dos participantes em questão.

Gazzinelli et al. (2005) acrescentam que as representações que as pessoas fazem sobre o adoecer independem do saber médico, sendo praticamente impossível o não compartilhamento com o social, até porque o indivíduo percebe-se enquanto doente ao se dar conta de suas limitações no contexto em que vive. Por outra ótica, esta é também a ocasião propícia para superar-se diante do enfrentamento do problema. Assim, a consideração das representações fundamenta o compartilhamento de saberes, ou seja, dada a importância à representação e aos saberes do senso comum na relação dos indivíduos com o problema de saúde, mais se questiona o absolutismo e a autonomia do saber científico. No final das contas, são os antagonismos “saúde-doença” e “indivíduo-sociedade” que organizam a representação, conferindo sentido à doença.

Em síntese, pode-se dizer que as representações compartilhadas por determinado grupo permitem, através da linguagem, imagens e ideias, a interpretação. Além disso, proporcionam a produção de sentidos e conhecimentos.

Outra característica da teoria de Moscovici refere-se a dois processos fundamentais geradores da representação social, os quais possibilitam a familiarização do desconhecido: a ancoragem e a objetivação.

Entende-se por ancoragem a aproximação do desconhecido, estranho, sem sentido. É a introdução do novo no antigo, promovendo a identificação. Já a objetivação implica na reabsorção das significações, é o momento em que as representações assumem forma concreta, seja através de imagens produzidas, seja através de objetos; ou ainda, é o momento em que se deixa de ser algo abstrato, ao assumir uma existência de caráter autônomo (Comerlato, Guimarães e Alves, 2007; Horochovski, 2004; Sancovski, 2007).

A contribuição de Moscovici é reconhecidamente profícua para os estudos das representações. Afinal, sua abordagem permite analisar o pensamento e a prática social de um determinado grupo. Permite-se a ação no mundo, porém não em um mundo estático que deve ser apreendido, e sim em um mundo criado e compartilhado coletivamente. Nesse sentido, sua teoria contribuirá significativamente para as análises das entrevistas realizadas. Sancovski (2007) reforça a teoria, ao dizer que Moscovici renega a ideia de um mundo dado *a priori*; para ele, a produção dá-se justamente a partir da comunicação, de um mundo comum, e isto é o que será observado e discutido neste estudo.

3.3 NECESSIDADES E CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM OLHAR PARA O ENVELHECIMENTO

Ao longo do tempo, compreendendo um *continuum* histórico, as questões inerentes ao complexo processo saúde-doença, invariavelmente, sempre estiveram atreladas aos contornos culturais, (re)construídos e (re)formulados nas mais diferentes sociedades. Nesse contexto, as ameaças e as perturbações à saúde, comumente reconhecidas como um estado de desequilíbrio pelos processos de adoecimento, configuram não estritamente o fator médico-biológico; pelo contrário, legitimam, nos distintos contextos socioculturais, a heterogeneidade das necessidades e do cuidado em saúde e, conseqüentemente, a estruturação e a organização de serviços oficiais e outras referências (leigas, populares, tradicionais) ao tratamento e cuidado em saúde.

Assim, de acordo com o objeto desta investigação, faz-se necessária e pertinente a compreensão de algumas categorias que conformam as práticas de saúde; em especial, estudos sobre as necessidades e cuidado em saúde foram tomados como referência conceitual para o desenvolvimento desta pesquisa.

Por uma perspectiva global e de caráter coletivo, as necessidades de saúde e o cuidado serão discutidos no âmbito da APS, sendo valorizadas conceituações em uma dimensão abstrata, mas sempre visando à sua aplicabilidade às práticas de saúde. Além disso, alguns estudos serão considerados com o propósito de expressar a realidade sentida e vivenciada por profissionais da saúde no contexto de suas atividades laborais, no que diz respeito ao tratamento/acompanhamento de indivíduos. Particularmente nesse caso, será evidenciado o indivíduo considerado idoso, justamente por compor a população de interesse deste estudo.

Por outra vertente, baseada da mesma maneira em pesquisas, será também valorizada a percepção do idoso acerca de suas necessidades e cuidado em saúde. Para tanto, será buscada alguma aproximação da subjetividade desse indivíduo a partir de sua experiência de sofrimento e adoecimento, bem como a partir do cuidado, em tempo que também interage com a APS.

Como ponto de partida, a própria conceituação de saúde, embora pareça algo simples, merece ser abordada, até mesmo porque ideias e concepções relacionadas a esse conceito influenciam diretamente as práticas exercidas pelos profissionais de saúde, como também as ações dos idosos, no que diz respeito ao cuidado em saúde e à própria percepção de suas necessidades.

A partir das diversificações conjunturais das sociedades em seus contextos históricos, o conceito de saúde apresenta e sempre apresentou grande inconstância. Diante dessa realidade, na tentativa de criar um conceito de caráter abrangente, a OMS, no ano de 1948, determinou que “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 2005). A partir desse momento, tal conceituação trouxe implicações, como o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, reforça Scliar (2007).

Ainda nos dias atuais, a amplitude do conceito da OMS é alvo de infinitas críticas; a mais referida talvez seja a de natureza técnica, afinal, sendo a saúde algo ideal e inatingível, torna-se praticamente inviável utilizá-la como objetivo nos serviços de saúde (Ayres, 2004; Neri et al., 2004).

Ao mesmo tempo, Gadamer (1997), pela perspectiva da hermenêutica filosófica, comenta que há uma vinculação substancial entre saúde e doença. Basta perceber

como as pessoas tendem facilmente a identificar sinais, sintomas e efeitos de uma doença, ao invés de pararem para refletir sobre a ideia que tem o conceito de saúde. Segundo o autor, para conceituar a saúde, foca-se em seu oposto; é a perturbação da saúde que desencadeia o seu cuidado. Ele diz: “[...] o mais claro é imaginar a saúde como um estado de equilíbrio. O equilíbrio é um equivalente da ausência de gravidade, uma vez que nele os pesos se compensam” (p. 109); ou como apontou o filósofo pré-socrático Heráclito apud Gadamer (1997, p. 78): “a harmonia não manifesta é mais forte do que a manifesta.”

Em um percurso histórico, outra importante consideração acerca do conceito de saúde condizente com a proposta deste capítulo refere-se à Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma Ata, em 1978. Naquela ocasião, diante da imensa desigualdade na situação de saúde entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, era salutar a necessidade de ações imediatas entre os governos. Para além da desigualdade mencionada, a conferência destacou a responsabilidade do Estado, no que diz respeito à promoção e à proteção da saúde, e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e na implementação dos cuidados à saúde. Reforçou ainda que, para o alcance de tais metas, as ações de saúde deveriam ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis, estando disponíveis e tendo acessibilidade facilitada a todos da comunidade. De acordo com esses preceitos, entre outros estabelecidos na conferência, foi reconhecido que a via motriz para atingir tais metas seria os cuidados primários em saúde. Nesse sentido, os serviços que prestam esses cuidados passariam a representar a porta de entrada para o sistema de saúde do qual constituem a base.

Exatamente uma década após a Conferência de Alma Ata, a Constituição Federal Brasileira de 1988, por meio do artigo 196, decreta:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988).

Estruturava-se, nessa ocasião, o Sistema Único de Saúde (SUS), que, de concepção moderna, baseia-se no atendimento das demandas de saúde de forma descentralizada, gratuita, integral e universal.

Desde então, com vistas às diretrizes propostas pelo SUS e coerente com as propostas da Conferência de Alma Ata, abrem-se espaços para as unidades de atenção básica (primária) em saúde.

Na definição de Starfield (2002), a APS representa o primeiro contato com o sistema de saúde, caracterizando-se, sobretudo, pela continuidade e integralidade da atenção, além de potencializar o indivíduo em seu próprio processo de cuidado, numa caminhada efetiva de promoção da vida.

Concomitantemente, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006a, p. 3), destaca-se:

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

No caso brasileiro, é fundamentalmente por meio da ESF que a APS busca cumprir os preceitos constitucionais, fundados no direito à saúde e na equidade do cuidado (Brasil, 2001).

A ESF surgiu, em 1994, como um projeto estruturante do SUS, com a proposta de ampliação do *locus* de intervenção em saúde, ao incorporar em sua prática o domicílio e diversos espaços comunitários. Essa reorientação do modelo de atenção à saúde tem apresentado resultados positivos, como a cobertura crescente da população brasileira e a melhoria na assistência à saúde. A expansão está demonstrada por meio dos números publicados pelo Ministério da Saúde (2009): em 1994, o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) estava em torno de 29 mil; atualmente, existem 234 mil ACSs. A quantidade de equipes de SF também apresenta aumento exponencial: de 300, em 1994, passou para 30 mil, em 2009. Já a população coberta pela ESF aumentou de 1,1 milhão, em 1994, para 96 milhões, em 2009, representando 50,7% da população brasileira.

O objetivo central da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, reconhecido por muitos como biologicista e hospitalocêntrico. Para isso, segundo Sousa (2001) e Nunes et al. (2002), busca-se compreender a amplitude no processo saúde-doença, em um nível de maior proximidade com as famílias. Desse modo, há de se pensar que, por meio de um maior envolvimento e do fortalecimento de vínculos entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde, alcance-se, tanto no plano individual quanto no coletivo, ações de saúde com caráter mais resolutivo e de melhor qualidade. Além disso, acredita-se que essa relação próxima favoreça os serviços a identificar as reais necessidades de saúde

expressas pelos usuários, tornando, conseqüentemente, factível que as intervenções sejam elaboradas de acordo com a situação específica local.

Na prática, o processo de trabalho das equipes de SF é o elemento-chave para a constante interação, integralidade da atenção, continuidade do cuidado, permanente comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre integrantes da equipe e comunidade. As equipes de SF são compostas, em geral, por um médico de família, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem (AEs) e ACSs, sendo que cada uma se responsabiliza pelo acompanhamento de até 4 mil pessoas ou de mil famílias, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado à sua saúde. Ainda, a atuação das equipes ocorre nos territórios, principalmente nas unidades básicas de SF, nos domicílios e nos espaços comunitários.

Vale mencionar que, não por acaso, até então a intencionalidade do percurso textual deste capítulo esteve pautada no resgate de alguns conceitos e importantes enalços históricos sobre a saúde, a título de desvelar a organização de serviços na APS, no caso brasileiro a ESF, junto a qual foram investigadas as necessidades e o cuidado de saúde dos idosos migrantes nordestinos.

Retomando a discussão acerca da temática das necessidades em saúde, vê-se que vários são os estudos que ressaltam sua importância na orientação das ações em saúde. Todavia, as concepções e sentidos dados ao tema variam de acordo com a abordagem estabelecida. Célia Maria S. Campos (2004) destaca dois grandes núcleos que sintetizam a maneira como o conceito vem sendo trabalhado: necessidades de saúde no âmbito abstrato do conceito e necessidades de saúde na dimensão operacional, sendo esse último frequentemente utilizado no planejamento em saúde.

No que se refere às necessidades de saúde no âmbito abstrato do conceito, a autora, em seu levantamento bibliográfico, cita estudos que concebem o conceito de necessidades evidenciando a importância e os significados da socialidade. Igualmente, existem, nesse núcleo, estudos que fundamentam as necessidades de saúde como propriedades norteadoras e responsáveis pela manutenção e satisfação humana, em uma abordagem filosófica, socioeconômica, sociocultural, política e ideológica. Há, ainda, aqueles que resgatam o sentido do direito e da cidadania; já outros estudos contemplam a questão da circularidade existente entre o processo de trabalho e as necessidades.

Tratando-se das necessidades de saúde na dimensão operacional, observa-se a delimitação concreta e operativa dos estudos desse núcleo, na medida em que caracterizam as necessidades de saúde como configurações elementares para a organização da produção de serviços de saúde. Esses estudos validam as necessidades ao considerá-las modalidades arbitrárias perante a realização de diagnósticos situacionais em saúde, especialmente quando o intuito é operacionalizar as práticas de saúde. Da mesma forma que o núcleo anterior, são notadas também diferentes perspectivas que orientam esses estudos, justamente por compreender aspectos ideológicos, políticos, socioeconômicos e culturais.

Compartilhando do exposto, Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) reiteram a ideia de que as necessidades de saúde são exímias norteadoras no que se refere à organização dos serviços, visto que elas se mostram condizentes com uma realidade sentida pelo indivíduo ou por seu coletivo. Para os autores, as necessidades de saúde podem reverberar a carência do cuidado, o mecanicismo das ações por parte dos profissionais de saúde e a indistinção à realidade sociocultural do indivíduo e elas vão

além, por serem capazes de expressar o seu reverso, exibindo, sem bloqueios, as limitações e potencialidades dos serviços perante as necessidades de saúde do indivíduo.

Ao mesmo tempo, Stotz (2004) e Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) ressaltam o caráter peculiar pelo qual as necessidades de saúde podem ser retratadas. Por exemplo, as necessidades sentidas e expressas pelos usuários nos serviços de saúde são, normalmente, traduzidas como demandas. Entretanto, por estarem correlacionadas às condições políticas, sociais, culturais e ideológicas, tais necessidades podem nem ser sentidas (não serem identificadas pelo usuário do serviço); em vista disso, não são convertidas em demandas. Consequentemente, demandas podem ou não manifestar necessidades, da mesma maneira que a oferta de serviços pode ou não responder às demandas. San-Martín (1989)⁴ apud Stotz (2004) designou tal fenômeno como a dialética da satisfação das necessidades de saúde.

Stotz (2004, p. 289) complementa a asserção ao considerar que:

Necessidades são individualmente sentidas; são biológica e socialmente determinadas; sua atenção, satisfeita apenas socialmente, é o sinal de seu reconhecimento. É o sistema de atenção que supera o critério auto-referido do sofrimento, ao usar critérios de relevância social (transcendência), epidemiológica (magnitude) ou econômica (custos), mas com isso acaba-se por privilegiar alguns grupos sociais em detrimento de outros.

Por sua vez, Cecílio (2001) amplia a discussão ao ponderar que, substancialmente, as necessidades são modeladas pela oferta que os serviços fazem. Desse modo, a demanda pode ser por consulta médica, prescrição de medicamentos ou solicitação de exames (essas são as ofertas geralmente mais identificadas pelos

⁴ Sant-Martín H. *Salud pública y medicina preventiva*. Barcelona: Masson; 1989.

usuários); enquanto isso, as reais necessidades de saúde podem assumir outras proporções, que, em muitos casos, nem são decifradas, como, por exemplo, pode ser uma orientação para se lidar com um filho usuário de drogas, uma resposta para as mazelas que atingem sua precária condição de vida ou simplesmente a busca por um vínculo com algum profissional da equipe.

Nessa circunstância, compete à equipe de SF prover uma escuta atenta e de qualidade, para que, assim, logre, por meio de sensibilidade e bom preparo, o que há por trás da demanda específica. Essa decodificação é tão ou mais importante que a mera adesão a qualquer modelo de atenção que não valoriza a expressão individual do usuário. A integralidade da atenção, no contexto singular do serviço de saúde, poderia ser traduzida como o investimento da equipe em traduzir, do melhor modo, as necessidades individuais dos usuários.

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), definir necessidade é uma tarefa bastante complexa, pois múltiplas são as perspectivas que podem orientar a definição, até porque, na maioria dos casos, a necessidade acaba sendo determinada por uma série de aspectos e valores justapostos. Uma primeira ideia, talvez, seja admitir que qualquer necessidade de ordem humana está subordinada a algum carecimento, isto é, partindo do pressuposto que se tem falta de algo, instantaneamente há o delineamento de uma necessidade.

Para Nunes (1990), a carência pode ser definida como a vontade de um determinado indivíduo por algo também determinado. O que não implica unicamente associar carência à mera pulsão natural – como sede, fome, sono – ou à função do organismo biológico. A carência exprime relação direta com as condições históricas e as construções socioculturais de um determinado indivíduo, que, com base em suas

vivências relacionais, acredita que o que lhe falta poderá ser suprido. Em outras palavras, a carência faz parte de um processo individual e subjetivo, disposto na reelaboração de conteúdos intersubjetivos.

Assim, desdobrando o raciocínio para as necessidades de saúde, pode-se pensar que o indivíduo que apresenta alguma debilidade física, orgânica ou mesmo um sofrimento não manifesto de forma corpórea buscará por uma intervenção, a qual pode ser traduzida como uma necessidade. Nessa hora, cada um tem seu critério particular para a escolha do serviço, seja de assistência ou não à saúde. Ademais, vale dizer que o próprio resultado da intervenção sobre qualquer um desses carecimentos também é reconhecido como necessidade (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 2000).

Diante do exposto, há de se considerar que quando um indivíduo busca por um serviço da APS, uma dada gama de necessidades emerge e extrapola a esfera da intervenção curativa individual. Essas necessidades são chamadas necessidades básicas de saúde, que, especialmente no Brasil, abrangem demandas de foco sanitário, como: o saneamento do meio, o desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde, que, conseqüentemente, requerem ações tradicionais da saúde pública.

Ao tomar criticamente as necessidades em saúde baseadas no uso de serviços da APS, Schraiber et al. (2000) salientam a importância da discussão sobre como promover a percepção e a geração de necessidades, não admitindo unicamente como referência a demanda por consultas médicas individuais. Entretanto, sem invalidá-la, devem ser agregadas outras contribuições que possam suscitar uma maior reflexão sobre as necessidades, não menosprezando, evidentemente, o caráter coletivo, político e social assumido pelas necessidades de saúde.

No entanto, Campos e Bataiero (2007, p. 611), com base em um levantamento de publicações científicas utilizando o tema das necessidades de saúde, comentam:

Pode-se inferir que a tendência dos serviços de saúde continua sendo a de tomar necessidade de saúde bastante identificada com a doença, apreendida como expressão biológica ou, no máximo, como expressão biopsíquica no corpo individual de um sujeito abstrato.

Além disso, por meio da investigação realizada, os autores notam que os artigos levantados definem necessidades comuns aos indivíduos em geral, reconhecendo-os como um coletivo homogêneo de sujeitos abstratos, não validando, ao mesmo tempo, o pertencimento de classe – determinante fundamental para a distinção das necessidades de saúde.

Essa concepção restritiva de necessidades anula o caráter polimorfo das histórias individuais. Nesse caso, há uma disposição técnica quase natural em reconhecer a demanda do usuário em um padrão médico-biologicista. Consequentemente, o resultado final desse procedimento tende a ser a interdição do discurso do sujeito, desvalorizando, assim, a unicidade do indivíduo.

Uma rota interessante talvez seja reconhecer que o indivíduo não saudável, primeiramente, dialoga com seu universo subjetivo, detendo-se em suas experiências, visando decifrar sensações que lhe são novas ou, ao menos, não habituais. Conscientiza-se, nesse momento, sobre a sua individualidade: aquilo que lhe faz solitário na ação de traduzir o que sente. O diálogo corpo-subjetividade é sincero, pois não há segredos ou mistérios entre a manifesta desarmonia do corpo e a práxis do sujeito. As ações cotidianas, nessa circunstância, irão facilitar a definição de códigos que estruturarão o pensamento, conferindo um sentido a esse desarranjo. Acomoda-se,

assim, uma compreensão interpretativa desse estado de saúde-doença, que o perturba e limita o seu modo de vida.

Valendo-se desse raciocínio, numa segunda etapa, o encontro profissional saúde-usuário desvela a existência de duas racionalidades, conferidas por meio da linguagem. O sujeito-usuário do serviço, já abastecido de construções interpretativas em relação ao seu estado de saúde, busca por cuidados médicos. Enquanto isso, o sujeito-profissional da saúde, diante da demanda, geralmente assume um lugar de saberes construídos em sua especialidade. A relação tende à unilateralidade, visto que o discurso médico-científico está assentado na dimensão biológica, propulsora da normatização do indivíduo (Aragão, 2002).

Ao mesmo tempo, Costa (2004) reforça a importância do diálogo como um componente do tratamento cuidadoso, representando, assim, caráter decisivo e fundamental para toda e qualquer ação clínica e assistencial. O diálogo facilita a aproximação e a confiança para o processo de cura, além de poder minimizar a comum desigualdade entre usuários e profissionais de saúde. Além disso,

[...] estar sob tratamento de um profissional médico não implica estar sob suas ordens ou determinações. O tratamento requer que se conceda a liberdade de decisão ao doente e não somente que se formulem prescrições, definam-se procedimentos e exames. (Costa, 2004, p. 11).

Por outro lado, de acordo com Czeresnia (2003), a subjetividade da doença e a objetividade dos conceitos e práticas de saúde resultam, na maioria das vezes, em intervenções e diagnósticos traduzidos em uma fala neutra e objetiva no papel do médico. Por conseguinte, a significação das queixas do usuário do serviço ocorre nesse ínterim.

Assim, é na contiguidade do médico (detentor de conhecimento específico) e do paciente que o usuário reinterpreta seu estado de saúde/doença. Entretanto, é no percurso individualizado de suas reformulações que se atém ao desconforto pela ausência de saúde e, também, por algo que denuncia uma lacuna na relação estabelecida nesse cenário. O olhar objetivo e específico do médico nem sempre alcança a totalidade desejada na posição passiva do usuário carente de atenção; por sua vez, a dimensão maior de subjetividade tende a não ser, geralmente, reconhecida e/ou examinada nesse processo. Dessa forma, o cuidado fragmentado em saúde reduz o usuário a uma parte de si, não observando, conseqüentemente, as potencialidades e as limitações fundamentais e determinantes para o autocuidado, por exemplo.

Nessa linha argumentativa, Ayres (2004) propõe uma reflexão condizente ao que aqui, até então, está sendo discutido, isto é, conformações do aspecto técnico relacionado aos aspectos humanistas da atenção à saúde. Nesse caso, não é por falta de justificativas que, em tempos recentes, processos de reconstrução das práticas de saúde estão constantemente em foco na saúde coletiva brasileira; conformações resgatadas no tempo ou reconhecidas como inovadoras, como integralidade, promoção da saúde, humanização e vigilância da saúde, estão substancialmente sendo valorizadas na organização e gestão dos serviços. De acordo com o autor, em síntese, pode-se dizer que a magnitude das ações humanizadas em saúde está, justamente, no encontro entre ações técnicas e não técnicas ao valorizar o diálogo entre essas esferas. Há de se ampliar o horizonte técnico-normativo assumido pelo papel do médico ao entrelaçar a dimensão existencial do usuário, favorecendo, nesse intercurso, a abertura para projetos de felicidade daqueles de quem se cuida. Respectivamente, sabe-se que as interferências do não técnico na sabedoria prática apresentam caráter relevante para a

promoção de reflexões, em contextos oportunos como instituições de ensino, acerca dos valores éticos, morais e políticos das práticas de saúde.

Segundo Ayres (2001) e Merhy (2004), talvez seja na posição de escuta que os profissionais de saúde poderão redimensionar os limites da ciência, sendo que, uma vez que se valide a intersubjetividade, as reinterpretações serão passíveis no encontro com experiências individuais de adoecer. Evidentemente, ocasiões com esse delineamento favorecerão momentos de cumplicidade, confiabilidade e esperança, resultando positivamente em relações de vínculo e aceitação. O desfecho dessa conformação tende a ser adequado e vantajoso, visto que haverá a maior defesa possível da vida do usuário e o melhor controle de seus riscos de enfermidades ou agravos de seus problemas. Essa configuração tecnológica de atuação em saúde reforçará a responsabilização em torno do problema que será enfrentado. Além disso, ações poderão ser desenvolvidas visando a um maior grau de autonomia da relação do usuário na sua maneira de se posicionar no mundo.

Em termos práticos, essa dinâmica humanizada é, essencialmente, um dos vários preceitos que caracterizaria a ESF. Para Silvestre e Costa Neto (2003), é por meio da capacidade dialógica que o profissional deve ter competência para perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto no plano individual quanto no coletivo. Nessa circunstância, a contextualização do usuário em seu meio ambiente, bem como a visão sistêmica e integral do indivíduo e de sua família, são condições abrangentes, essenciais e norteadoras para se alcançar uma resolutividade eficaz por meio da ESF.

Compreende-se, portanto, que cuidar da saúde de um indivíduo é atravessar a fronteira entre a necessidade de cuidado e a intervenção realizada. A tarefa pode

parecer árdua e, até mesmo, pretensiosa, mas o fato é: há de se relevar e construir projetos amparados, por meio do tempo, no corpo e na mente. Ainda, Ayres (2001) ressalta que a atitude de cuidado precisa extrapolar a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Na realidade, são complexos e interligados os elementos que podem conformar práticas e ações bem-sucedidas em saúde: “de sujeitos para intersubjetividades, do controle técnico para o sucesso prático, de tratar para cuidar.” (Ayres, 2001, p. 71).

Em síntese, reforça-se: os cuidados primários em saúde, para além do cunho biomédico, deveriam ir mais longe, lançando-se ao reconhecimento subjetivo do sujeito que está à frente solicitando atenção e cuidado. Dessa forma, a captura da realidade subjetiva do usuário da APS revela os recursos internos e externos utilizados no enfrentamento e no cuidado de seus problemas de saúde. Essa (re)apresentação do indivíduo, esse desdobrar-se, proporciona o conhecimento de como suas experiências anteriores, trilhas sociais, recursos econômicos e condições de vida delineiam e influenciam seu estado de bem-estar, equilíbrio e qualidade de vida.

Quanto ao ponto de vista do usuário, Merhy (2004) menciona que a maioria não se queixa da falta de conhecimento tecnológico em seu atendimento; entretanto, percebe que, por parte dos profissionais, há o desinteresse e a ausência de responsabilização em torno de si e de seu problema, gerando, consequentemente, a sensação de insegurança, desinformação, desamparo, desrespeito e desprezo. Diante desse fato, qualquer profissional de saúde, independentemente de sua atribuição como produtor de atos de saúde, será continuamente um operador do cuidado. E mais: nesse arranjo, para além da competência clínica, o mesmo deveria ser capacitado para estabelecer relações facilitadoras de processos de acolhimento, responsabilizações e

vínculos, até mesmo porque é exatamente dentro da APS que se encontra o desafio do gerenciamento do cuidado em saúde. Desse modo, o resultado da equação final deve(ria) ser exatamente a convergência do cuidado otimizado em saúde, considerando, obviamente, a perfeita união entre a capacidade de produzir procedimentos e a de produzir o cuidado.

Assim, considerando a população de interesse neste estudo, Silvestre e Costa Neto (2003) acreditam que os cuidados ideais para o usuário-idoso devem objetivar a manutenção de seu estado de saúde, estimulando, a todo tempo, a importância da interação familiar e comunitária, com a máxima preservação possível da independência e autonomia. Além disso, para que haja a adequada abordagem do idoso na APS, torna-se precedente e indispensável, por parte dos profissionais, a compreensão do envelhecimento como um processo benigno e não patológico. Evidentemente, ao mesmo tempo, deve-se ter a compreensão de que, com a longevidade, as consequências de agravos físicos, emocionais e sociais representam prejuízos para o equilíbrio dinâmico do idoso, isto é, para a sua saúde.

Por fim, muitos são os elementos que, interligados, resultam numa combinação, nem sempre eficaz no que se refere à percepção de necessidades dos usuários-idosos e à produção de cuidados na APS. Consequentemente, as possíveis inadequações existentes na estrutura e na organização dos serviços estão inclinadas a refletir injustiças e prejuízos na qualidade de vida dessa população em específico.

Por outra vertente, observa-se que a literatura nacional é bastante incipiente no que diz respeito à compreensão de como os idosos lidam com as suas necessidades de cuidado em saúde. Essencialmente, pode-se deduzir que as necessidades de cuidado tendem a ser identificadas por determinantes baseados em diagnósticos, sintomas ou,

então, na própria percepção da condição de saúde. Logo, nessa circunstância, não há como desprezar as características do indivíduo, a organização dos serviços na APS e, também, a importância dos contrastes regionais existentes, dos quais a presente proposta de pesquisa tomou como referência a migração nordestina.

Sumariamente, idosos migrantes nordestinos, como qualquer outro idoso, apresentam peculiaridades referentes às necessidades de saúde e cuidado. Entretanto, uma vez considerados os contrastes socioculturais, suas necessidades e práticas de cuidado no município de São Paulo, podem destoar dos demais usuários-idosos da APS, até mesmo porque a percepção de seu estado de saúde pode estar mais interligada aos sinais e sintomas manifestos, declamando, de forma mais frequente, a necessidade de medidas curativas, ao invés de ações preventivas ou promocionais de saúde. A APS, por sua vez, pode apresentar comprometimentos em sua competência, ao (re)conhecer o usuário, idoso migrante nordestino, com seus valores, conceitos, crenças e representações, diferentes e distantes das necessidades e cuidados habitualmente identificados em suas práticas de saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as necessidades e o cuidado em saúde de idosos migrantes da região NE, residentes em São Paulo e atendidos por equipes de SF.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Compreender as representações dos idosos sobre o processo saúde-adoecimento e os dispositivos, sejam recursos próprios, familiares ou comunitários, por eles utilizados no cuidado em saúde, bem como acerca da relação que estabelecem com os profissionais das equipes de SF;
- II. Compreender a forma como as marcas identitárias e de trajetória social dos idosos são percebidas pelos profissionais da equipe de SF e em que medida tais percepções podem tensionar a relação entre esses sujeitos, no que se refere ao cuidado em saúde.

5 PERCURSO METODOLÓGICO: REFERÊNCIAS E TÉCNICAS EMPREGADAS

Não se diz que a pintura é o retrato da realidade. É uma dentre muitas possíveis imagens onde o autor introduz métodos e técnicas, mas onde predomina sua visão sobre o real.

(Minayo, 1992, p. 19)

Esta pesquisa fundamentou-se no método qualitativo, uma vez que seu princípio permite a melhor exploração da subjetividade como objeto de conhecimento (Schraiber, 1995). A conformação do método delimitou, portanto, a forma de captação da realidade. Assim, a partir do recurso da técnica de entrevista em profundidade buscou-se a descrição e a análise do comportamento humano.

Considerou-se que os relatos dos participantes representariam um determinado contexto histórico e cultural diante da apreensão de uma dada realidade. Desse modo, por meio dos depoimentos prestados pode-se (re)conhecer o processo saúde-doença-cuidado como resultado de uma produção social. Nesse sentido, idosos e profissionais integrantes de equipes de SF expressaram, com seus depoimentos, significados e ressignificações acerca das experiências de vida, pontos de vista, representações sociais e psíquicas que constituíram o material produzido sobre as necessidades e cuidados em saúde dos idosos nordestinos. Contudo, os integrantes de equipes de SF, enquanto sujeitos passíveis de adoecimento, invariavelmente projetaram, em maior ou menor escala, representações em relação às necessidades e cuidados em saúde. Há de

se considerar, portanto, que esses depoentes, antes mesmo de serem profissionais da saúde, são indivíduos detentores de experiências humanas.

Para Nogueira-Martins e Bógus (2004), a abordagem qualitativa não se fixa em generalizações populacionais, princípios ou leis; seu foco está no peculiar, visando mais compreender do que explicar o fenômeno investigado, ou seja, a ênfase está muito mais no significado do que na frequência do fenômeno. Percebe-se, assim, o significado e intencionalidade explícitos por meio da linguagem verbal e não verbal. Em verdade, objetivou-se a compreensão particular do pensamento dos idosos nordestinos e dos profissionais integrantes de equipes de SF sobre a experiência vivenciada acerca da relação entre necessidades de saúde e adoecimento-cuidado. A circunstância da pesquisa permitiu a cada participante a imersão em si mesmo por meio do exercício reflexivo, externalizado no encontro com a pesquisadora na forma de valores, crenças, opiniões e representações. As falas revelaram a autopercepção de mundo recortada sócio-historicamente.

De acordo com Silverman (2009),

[...] um ponto forte da pesquisa qualitativa é que ela usa dados que **ocorrem naturalmente** para encontrar as sequências ('como') em que os significados dos participantes ('o quê') são exibidos e, assim, estabelecer o caráter de algum fenômeno. (p. 51, grifos do autor).

Por essas razões, considerando os elementos que norteiam o método qualitativo e de acordo com o contorno da realidade particular dos idosos migrantes nordestinos que foram atendidos por equipes de SF, o foco de interesse deste estudo não se subordinou à importância da quantificação e das evidências.

Nesse caso, para Adorno e Castro (1994), a ciência é uma construção analítica, não se reduzindo somente a uma descrição da realidade. Os autores ainda enfatizam

que o método expressa a forma como o pesquisador delinea o objeto (a realidade social) e quanto este pertence a ele. Invariavelmente dois mundos estão à frente:

A pesquisa é uma forma de intervir, sem dúvida, se nossa consciência a respeito disso for provocada; de intervir não só sobre o campo da pesquisa, mas também sobre nossas percepções a seu respeito. (Adorno, Castro, p. 183).

Assim, a intersubjetividade tornou-se componente da cientificidade, pois, nesse enquadre, a conexão entre o objeto de estudo (idosos e profissionais integrantes de equipes de SF) e o sujeito do conhecimento (pesquisadora) se interseccionaram, possibilitando o conhecimento ao se estabelecer uma relação dentro da dialética.

Com relação à técnica para a coleta de informações, adotou-se com todos os participantes a entrevista semiestruturada. Partiu-se do pressuposto de que a técnica eleita abrangeria respostas que expressassem reflexões, valores, normas culturais, além do significado atribuído à experiência vivida, o qual permitiria melhor acesso às visões, às interpretações situacionais, às experiências vivenciadas e às opiniões dos entrevistados.

Nesse sentido, utilizar a entrevista semiestruturada viabilizou, de forma harmoniosa, a produção imediata e corrente dos dados almejados. A entrevista foi conduzida a partir de um roteiro preestabelecido⁵ diante dos objetivos do estudo; seu delineamento exerceu a função de orientar a pesquisadora diante da narrativa construída na ocasião da entrevista, servindo como diretriz, ao mesmo tempo que proporcionou plasticidade em relação ao tema investigado. Em outras palavras, pode-se dizer que a técnica da entrevista semiestruturada permitiu flexibilidade, adição de

⁵ Foram elaborados roteiros distintos para entrevistar os integrantes de equipes de SF e idosos. Vide Anexos A e B.

novas questões e a possibilidade de exploração de novos conteúdos, os quais emergiram no ato da entrevista, apresentando-se como elementos essenciais para a apreensão dos sistemas de valores, normas e representações próprias da cultura ou subcultura em questão.

Para Nogueira-Martins e Bógus (2004), a entrevista semiestruturada associa os questionamentos básicos amparados em teorias e hipóteses pertinentes à pesquisa com as informações coletadas, resultando, conseqüentemente, em novas hipóteses, de acordo com os depoimentos prestados.

Evidentemente, as interrogações foram realizadas levando-se em consideração a sequência de pensamento do participante, buscando manter um sentido lógico no decorrer da entrevista. Além disso, a pesquisadora acautelou-se para o estabelecimento de um diálogo, na medida do possível, de iguais, buscando “falar a mesma língua” do entrevistado, minimizando, portanto, as diferenças sociointelectuais. Essa prudência se deu em maior proporção ao entrevistar os idosos nordestinos.

Concernente a essa questão, Bourdieu (1999) comenta que os entrevistados mais carentes tendem a aproveitar o momento da entrevista para se fazer ouvir, compartilhando com outros sua experiência. Para muitos é a ocasião propícia, sobretudo, para a elaboração de um ponto de vista sobre si mesmo e sua inserção no mundo.

Nesse sentido, o momento da entrevista promove oportunidades para que as pessoas revelem seus sentimentos. O jeito como retratam suas vidas e experiências, a linguagem utilizada e as conexões estabelecidas desvelam um mundo compreendido por elas. É uma circunstância peculiar em que são convidadas a “parar para pensar”, construir interpretações e reorganizações de fatos e experiências.

A comunicação não verbal, que engloba, por exemplo, gestos, hesitações, expressões, entonações e silêncios, como já dito, foi considerada para qualificar e validar o produto das narrativas produzido com as entrevistas.

De acordo com Minayo e Sanches (1993), uma das controvérsias habituais em relação ao campo de pesquisa é a que remete à representatividade da fala individual em relação a um coletivo. Entretanto, para Goldmann⁶ (1980) apud Minayo e Sanches (1993, p. 246), “a consciência coletiva só existe nas consciências individuais, embora não seja a soma dessas últimas”. Em realidade, a compreensão intersubjetiva exige a imersão nos significados compartilhados.

Fundamentalmente deve-se considerar que as informações obtidas por meio das entrevistas não foram advindas passivamente da realidade; foram, sim, construídas e reinterpretadas de acordo com os conceitos preliminares da pesquisadora (Fontanella et al., 2008).

No que se refere à análise dos depoimentos coletados, optou-se pela técnica de análise temática de conteúdo. Ao considerar a materialidade linguística, decorrente das condições empíricas do texto, buscou-se estabelecer categorias para sua interpretação.

Em consonância a essa técnica, Minayo e Sanches (1993, p. 246) complementam:

[...] uma análise qualitativa completa interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, onde a ação e a ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes.

Destaca-se que os dados de estudos qualitativos se constituem em grande parte pela construção dos depoentes. Os relatos são produzidos na ocasião e na relação de

⁶ Goldmann L. *Ciência humana e filosofia*. 8a ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1980.

pesquisa, assumindo contornos singulares. No entanto, embora exista o realce das experiências individuais, há também o caráter coletivo, pois os relatos poderiam ter sucedido com outras pessoas e em outras situações.

Segundo Martins (2004), o que garante e sustenta a validade dessas investigações é justamente o rigor ao interceptar as interpretações teóricas realizadas pelo pesquisador e os dados empíricos obtidos pelas entrevistas. Além disso, Caldeira (1984) ressalta que em uma análise ninguém, em absoluto, começa intelectualmente vazio.

Assim, nesta investigação utilizou-se, através da técnica de análise temática de conteúdo, a interpretação de sentidos, a qual considera as conjunturas, as razões e as lógicas de falas, bem como as ações e inter-relações estabelecidas com o coletivo e instituições (Gomes et al., 2005). De outro modo, pode-se dizer que a valorização da intersubjetividade foi condição *sine qua non* para a análise e alcance dos resultados da pesquisa.

Em relação ao percurso analítico interpretativo, foram determinantes as seguintes etapas:

- Leitura compreensiva pretendendo impregnação; visão de totalidade e captura das particularidades do material de pesquisa;
- Identificação e recorte dos temas emergentes no material coletado;
- Identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos;
- Ampliação dos sentidos (socioculturais) expressos nas falas dos participantes;

- Promoção do diálogo entre as ideias problematizadas, dados oriundos de estudos semelhantes e referências conceituais da pesquisa;
- Composição de síntese interpretativa, relacionando objetivo do estudo, fundamentação teórica adotada e dados empíricos.

Além das etapas supracitadas, um relevante aspecto técnico dentro dos conteúdos foi a relevância ao contexto social e histórico sob o qual os dados foram produzidos (Campos, C. J., 2004). Para isso, tomou-se como referência o conceito de representação social de Serge Moscovici.

Costa (2006, p. 10) acrescenta:

No campo de estudo das representações sociais, os fenômenos sociais são compreendidos em suas dimensões cognitiva, afetiva, avaliativa e simbólica. Nesse sentido, uma representação social é um conhecimento situado no cotidiano das relações sociais. Além disso, o reconhecimento da importância do senso comum como forma de um saber prático, que é compartilhado com outros membros do grupo social, é que dá sentido e orienta as ações do sujeito no cotidiano.

Em relação aos campos de estudo, a região lócus da pesquisa localiza-se no extremo oeste do município de São Paulo, estando a 11,4 km de distância da região central; compreende 359.656 habitantes em sua área de cobertura, a qual geograficamente abrange um perímetro de 56,1 km² (Campos, C. M., 2004).

Para Sposati (1996, 2001), a área mantém aspectos de desigualdade de inserção social similares às outras do município. Fora isso, as duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), selecionadas para composição dos campos de estudo são pertencentes aos principais bolsões de pobreza da região oeste (Campos, C. M., 2004).

A primeira UBS a ser selecionada para a busca dos idosos-participantes está entre a divisa dos municípios de São Paulo e Osasco.

Essa UBS foi inaugurada no ano de 1985 após várias reivindicações e protestos da população local, mais propriamente aquela que residia em áreas da prefeitura que, mais tarde, passou a configurar uma comunidade local.

Ela é exclusivamente da ESF, sendo composta por cinco equipes de SF, cada uma constituída por: um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

O atendimento na UBS é realizado predominantemente por agendamento prévio de consultas médicas individuais (demanda programada) e também conta com a demanda espontânea a partir da recepção dos usuários no setor de acolhimento que, fundamentalmente baseado em uma escuta qualificada, apresenta-se como um dispositivo para acolher o sofrimento e os problemas de saúde daqueles que não estavam na programação de atendimento do dia. Assim, mediante necessidades de saúde proferidas e não solucionadas nesse espaço, encaminha-se para a consulta médica ou para outros setores que contemplem as necessidades imediatas do usuário.

Após a realização das entrevistas com os integrantes de equipes de SF e os idosos-participantes, usuários da UBS nº 01, percebeu-se ainda a necessidade de buscar outros idosos-participantes para que, desse modo, fosse possível chegar a um número suficiente de participantes.

Por essa razão, optou-se pela UBS nº 02, a qual é composta por seis equipes de SF, cada uma constituída por: um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem (AEs) e de cinco a seis agentes comunitários de saúde (ACSs).

Sua fundação ocorreu no ano de 1977, funcionando também como Pronto Atendimento (PA) de Urgência e Emergência até meados do ano 2000. Entretanto, devido a diversas mobilizações da comunidade, a reabertura do PA ocorreu no ano de 2001. Apenas em 2003 foi implantado a ESF. Atualmente, a UBS funciona associada ao serviço de Atenção Médica Ambulatorial (AMA)⁷.

Em relação aos participantes, estes foram selecionados propositalmente pela pesquisadora por possuírem características típicas ou representativas da população de estudo, buscando-se estabelecer a apreensão de semelhanças e divergências possivelmente existentes. Em outras palavras, é importante a diversificação em função das possibilidades de referências do objeto de estudo.

Nessa direção foram selecionados:

- Idosos migrantes da região NE do Brasil, os quais, no momento da pesquisa, fossem residentes do município de São Paulo, cadastrados e acompanhados por equipes de SF;
- Profissionais integrantes de equipes de SF da UBS nº 01.

Quanto aos participantes, destaca-se que não foi preestabelecido um número a ser alcançado. As definições relativas ao número final de entrevistas foram realizadas mediante as informações produzidas durante o período de coleta dos dados, por meio do critério de saturação.

Fontanella et al. (2008) afirmam que o critério de saturação é amplamente utilizado em investigações qualitativas na área da saúde por ser uma ferramenta de

⁷ A AMA é uma proposta da Secretaria Municipal de São Paulo semelhante às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), tendo por objetivo atender às urgências ambulatoriais.

aplicabilidade bastante prática. A saturação ocorre quando as informações obtidas apresentam uma redundância característica ou repetição; em termos não apenas das informações, mas também dos sentidos atribuídos pelos participantes.

Para a participação no estudo, considerou-se como indivíduo idoso aquele que tivesse 60 anos ou mais de idade, de acordo com a definição da OMS (2005). Concomitantemente, dois outros critérios foram adotados para inclusão dos idosos:

1. Que tivesse se deslocado da região NE para o município de São Paulo, residindo no mínimo há três meses e no máximo há cinco anos no município;
2. Que não apresentasse diagnóstico de demência para que, assim, fosse possível participar do estudo, não comprometendo sua narrativa.

Após a aprovação nos Comitês de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, foi estabelecido o contato com a gerência da UBS nº 01 com a finalidade de apresentar a proposta de pesquisa e selecionar os potenciais participantes.

Em outra data, a gerência da UBS agendou uma reunião com todos os ACSs para que, dessa forma, a pesquisadora pudesse apresentar a proposta de pesquisa e contar com a colaboração desses profissionais para a seleção dos prováveis candidatos. Quase de imediato, diversos ACSs resgataram em suas memórias usuários do serviço que, segundo eles, se adequavam aos critérios preestabelecidos.

Entretanto, após alguns dias, ao retornar ao serviço, a pesquisadora surpreendentemente obteve dos ACSs o seguinte retorno, após eles terem consultado os cadastros dos possíveis candidatos:

- Muitos usuários que, em um primeiro momento, foram considerados para fazer parte da amostra, tinham menos de 60 anos. Eram pessoas que se enquadravam aos demais critérios, porém estavam abaixo da idade designada;⁸
- Outros residiam no município de São Paulo há mais tempo do que havia sido previamente determinado como critério, ou o contraposto, residiam há menos tempo.

Portanto, mesmo realizando um cuidadoso rastreamento nos cadastros de famílias de todas as equipes, os ACSs conseguiram selecionar somente quatro idosos nessa UBS. Dentre eles, um participou do estudo piloto e os demais compuseram a amostragem da investigação.

Todavia, embora não houvesse um número predefinido de participantes a serem envolvidos na pesquisa, a partir dessas entrevistas constatou-se que o número ainda era insuficiente para se alcançar a reincidência de informações e sentidos e promover uma discussão densa a partir do material até então produzido.

Tendo em vista o sucedido, pensou-se na “técnica em cadeias” (*snowball*), bastante viável para a resolução do problema de composição amostral. Para Becker

⁸ Segundo Lima-Costa et al. (2003), o envelhecimento pode ser percebido como processo, transcendendo a velhice como um estado predeterminado. Nesse contexto de rastreamento, devido ao desgaste físico, muitos indivíduos provenientes do NE acabaram sendo erroneamente identificados pelos ACSs como idosos.

(1999) a estratégia soluciona, na maioria das vezes, a dificuldade de acesso à amostra, ao considerar que o participante do estudo apresenta outro com características semelhantes ao seu perfil; dessa forma, sucessivamente se compõe o grupo de participantes. Ainda assim, a estratégia não apresentou resultado positivo, pois, embora os idosos entrevistados tivessem uma rede de conterraneidade, as possíveis indicações realizadas por eles não preenchiam os quesitos necessários para a inclusão no estudo.

Por conseguinte, tornou-se necessário partir para a área de abrangência da UBS nº 02, em busca de complementar a participação de idosos na pesquisa.

Nessa ocasião foi mantida a mesma sistemática de contato com a gerência da UBS e seleção dos idosos, possíveis candidatos, a partir de reuniões com os de todas as equipes da UBS.

Os ACSs, por sua vez, igualmente aos da UBS anterior, acreditavam que haveria muitos idosos na área de abrangência com o perfil desejado. Contudo, essa não foi a realidade observada. De fato, houve total similaridade ao fato ocorrido na UBS nº 01.

Finalmente, foram entrevistados mais três idosos que se enquadravam nos critérios preestabelecidos.

Considerando as informações produzidas durante o período das entrevistas, finaliza-se nessa UBS a realização de entrevistas com os idosos migrantes nordestinos.

QUADRO 1 – Descrição dos idosos selecionados.

IDOSO⁹	IDADE	ORIGEM (NASCIMENTO)	TEMPO DE RESIDÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
<i>Sebastião</i>	79 anos (1929)	Belo Jardim – PE (zona rural)	1991 – 2007. Voltou em 2008. Estava há seis meses de volta a São Paulo.
<i>Manelito</i>	69 anos (1940)	Baixão do Domingão, município de São João dos Patos – MA (zona rural)	1978- 2001. 2005-2007. Há 11 meses havia retornado a São Paulo.
<i>Eufrásio</i>	84 anos (1925)	Santaluz – BA (zona rural)	Teve várias vindas a partir da década de 1970. Estava há 3 meses e 10 dias em São Paulo.
<i>Mariana</i>	76 anos (1932)	Santo Estevão – BA (zona rural)	Estava há cinco anos em São Paulo. Nunca havia morado aqui antes.
<i>Rinaura</i>	73 anos (1935)	Santa Rita – PB (zona urbana)	Havia morado 32 anos em São Paulo. Atualmente, estava há oito meses.
<i>Clotilde</i>	64 anos (1945)	Poço, município de Limoeiro – PE (zona rural)	Estava há três anos em São Paulo. Nunca havia morado nessa cidade antes.

Diante do Quadro 1, observam-se características que servem a uma breve descrição acerca do aspecto migratório desses idosos. Nota-se que quatro idosos já tinham, em outras circunstâncias, residido em São Paulo. Essa característica condiz com um comportamento já bastante conhecido como migração de retorno.

Esse aspecto tem sido observado nos estudos sobre migração desde a década de 1970. Alguns estudos foram realizados com o intuito de se obter maior clareza sobre essa atitude. Afinal, qual seria a razão para se retornar à localidade de origem? Segundo Cunha (2005), a existência de uma residência base contribui para essa tomada de decisão, principalmente tratando-se das regiões NE e SE, que apresentam fortes contrastes culturais. É fato que os migrantes se deslocam para os grandes centros urbanos, como o município de São Paulo, tendo por objetivo melhores condições de vida. Entretanto, o desejo de retorno ao local de origem é uma constante.

Nesse sentido, alguma reserva econômica, o investimento em terras ou bens e a manutenção do vínculo com os indivíduos na terra natal são medidas culturais

⁹ Para a preservação da identidade dos participantes, os nomes apresentados são fictícios.

norteadoras e fundamentais para o retorno do migrante. O retorno ocorre, habitualmente, com a primeira geração de migrantes, aquele que deixou para trás suas origens. Já os descendentes, ou seja, aqueles que nasceram no local de destino, apresentam menor probabilidade de retorno, uma vez que foram socializados nos grandes centros urbanos. Incluem-se, nesse caso, os filhos, netos e demais familiares dos idosos, que permanecem em São Paulo.

Paralelamente, o movimento de retorno do fluxo migratório está diretamente relacionado ao tempo de permanência nas localidades de destino¹⁰, à idade do indivíduo no momento da migração e às redes de solidariedade estabelecidas com seus conterrâneos. Considera-se que quanto menor o tempo no novo território, mais propenso estará o migrante a retornar às suas origens. São incluídos também aqueles que se enquadram no conhecido movimento migratório circular de “ir e vir”, referindo-se especialmente ao migrante que rotineiramente retorna para a área de origem após um período de residência em outro contexto espacial. Esse movimento é conceituado como migração circular; comportamento que também é observado entre os participantes deste estudo.

Em síntese, pode-se dizer que o grupo de participantes desta investigação é composto pelo perfil de idosos que buscaram a coresidência com familiares em prol de algum tipo de suporte; ou, então, aqueles que fizeram jus à migração circular aliando a necessidade de suporte de familiares que residem no município de São Paulo. O primeiro caso diz respeito aos filhos desses idosos ou outros familiares que migraram para São Paulo motivados por razões econômicas, gerando, assim, transformações na rede de suporte familiar. Já o segundo caso está relacionado àqueles

¹⁰ Na pesquisa supracitada observou-se que o migrante com menos de 10 anos de permanência na cidade de destino está mais inclinado a voltar para seu Estado de origem (Lyra, 2003).

idosos que provavelmente migraram para São Paulo em momentos de pleno potencial produtivo em suas vidas, depois regressaram para suas áreas de origem, e agora, com idade mais avançada, retornam a São Paulo em busca de melhores condições de suporte e assistência à saúde.

Lyra (2003), por fim, ressalta que o processo dinâmico da migração, seja ela de destino, de retorno ou de circularidade do “ir e vir”, é fundamentalmente sustentado pela solidariedade da rede social (familiares, amigos, vizinhos) estabelecida, tanto na área de origem quanto na localidade de destino.

Em relação aos profissionais de saúde, integrantes das cinco equipes de SF da primeira UBS contatada, fizeram parte da pesquisa profissionais de equipes variadas.

Acerca do número de profissionais de saúde participantes da pesquisa, valorizou-se mais a vinculação dos profissionais de saúde com a questão a ser investigada em vez de ter base puramente em uma representatividade numérica (Minayo, 1992). Pois, como aponta Minayo (1992), a amostragem adequada é aquela que compreende a totalidade (em todas as dimensões) do problema a ser pesquisado.

Por essa razão, buscou-se estabelecer o grupo de participantes, proporcionalmente, de acordo com:

- A composição estrutural das equipes de SF, ou seja, quantidade de integrantes;
- As categorias profissionais de seus integrantes;
- A inter-relação dos integrantes das equipes de SF com idosos migrantes nordestinos residentes há menos de cinco anos no município de São Paulo¹¹.

¹¹ Vários profissionais integrantes de equipes de SF afirmaram nunca ter sob sua corresponsabilidade usuários-idosos com o perfil da investigação.

Assim, nove integrantes das cinco equipes de SF colaboraram com a pesquisa por meio de suas narrativas. A esse respeito, algumas informações relevantes da caracterização dos participantes estão no Quadro 2.

QUADRO 2 – Descrição dos profissionais integrantes de equipes de SF selecionados.

Profissionais	Idade	Há quanto tempo está no PSF?	Há quanto tempo trabalha na área da saúde?
<i>Médico</i>	33 anos	4 anos	6 anos
<i>Enfermeira</i>	35 anos	4 anos	5 anos
<i>Auxiliar de enfermagem - 1 (sexo masculino)</i>	27 anos	3 anos	6 anos
<i>Auxiliar de enfermagem - 2 (sexo feminino)</i>	47 anos	2 anos	20 anos
<i>Agente comunitário de saúde – 1 (sexo feminino)</i>	34 anos	5 anos e 10 meses	6 anos e 4 meses
<i>Agente comunitário de saúde – 2 (sexo feminino)</i>	44 anos	6 anos	6 anos
<i>Agente comunitário de saúde – 3 (sexo masculino)</i>	40 anos	5 anos e 11 meses	5 anos e 11 meses
<i>Agente comunitário de saúde – 4 (sexo feminino)</i>	46 anos	5 anos e 11 meses	5 anos e 11 meses
<i>Agente comunitário de saúde – 5 (sexo feminino)</i>	52 anos	5 anos e 11 meses	8 anos

A partir do quadro apresentado, observa-se a predominância de profissionais de saúde do sexo feminino. Nota-se, da mesma forma, que as idades e o tempo de trabalho na ESF apresentam aproximação e equivalência entre os participantes.

Os profissionais de saúde participantes da investigação pertenciam às variadas equipes existentes na UBS, sendo irrelevante pertencerem à mesma equipe. Em verdade, o que é significativo nas amostras intencionais é o contraponto da

representatividade numérica com a qualidade das informações obtidas no processo de produção de dados. De certa maneira, segundo Minayo (1992), pondera-se para que a seleção dos participantes, sobretudo, possa retratar determinadas dimensões do contexto, algumas em uma ininterrupta construção histórica.

A coleta de informações ocorreu em três partes:

- Primeiramente, com a realização de entrevistas-piloto com um médico generalista de SF e um idoso. Essas entrevistas tiveram como finalidade possibilitar ajustes à versão preliminar do roteiro de entrevista ao identificar questões que poderiam comprometer a compreensão e, conseqüentemente, a qualidade de resposta do entrevistado.
- Em um segundo momento, foram entrevistados integrantes de equipes de SF na UBS nº 01. Algumas entrevistas foram previamente agendadas, outras ocorreram de acordo com a momentânea disponibilidade dos profissionais no dia em que a pesquisadora se encontrava na UBS.
- Por último foram entrevistados os idosos em seus domicílios. À medida que os ACSs forneciam os dados dos possíveis participantes, a pesquisadora estabelecia contato pessoal com os mesmos em suas moradias. Nessa circunstância, era feito o convite para participação no estudo, após apresentar a proposta de pesquisa de forma simples e de fácil compreensão. De acordo com a disponibilidade e conveniência, alguns idosos foram entrevistados nessa mesma ocasião; outros foram agendados para outra data.

Todas as entrevistas foram gravadas após prévio consentimento dos participantes, a partir da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹², e transcritas com o intuito de manter a integralidade das narrativas.

As entrevistas com os integrantes de equipes de SF foram realizadas exclusivamente na unidade. Os próprios profissionais, na ocasião, dispuseram-se a encontrar um local onde o grau de interferência pudesse ser reduzido. Todas as entrevistas foram conduzidas em alguma sala que se encontrava momentaneamente desocupada, com exceção de um dia em que não havia nenhuma sala livre e, por essa razão, a entrevista com uma ACS foi conduzida na parte externa da UBS. Embora a entrevista tenha sido realizada em um banco na parte lateral da unidade, as interrupções ocorridas não causaram prejuízos à produção da narrativa.

Em relação aos idosos, todos foram entrevistados em suas casas. Pode-se afirmar que, em sua maioria, se encontravam sozinhos no local. Da mesma maneira, as interferências por outros indivíduos foram mínimas.

A duração média das entrevistas, tanto com os integrantes de equipes de SF quanto com os idosos, foi de cinquenta minutos.

É importante ressaltar que todos os participantes do estudo acolheram de forma muito positiva a proposta de investigação, expressando receptividade e atitude colaborativa ao responder às questões propostas, não havendo nenhum caso de recusa perante o convite.

De acordo com as impressões da pesquisadora, a oportunidade de resgatar o passado, refletir sobre o presente e imaginar o futuro pareceu ser uma experiência bastante agradável para diversos idosos. Inclusive, vários deles a convidaram para

¹² Ver Anexo C.

visitá-los em outras ocasiões. Ao final da entrevista praticamente todos ofereciam algo, fosse um café, um copo de água ou alguma coisa para comer. Pode-se talvez pensar que esse comportamento esteja relacionado aos seus costumes culturais ao receber alguém em sua casa, ou então nada mais é do que uma forma de demonstrar satisfação pelo momento vivenciado.

Os integrantes de equipes de SF foram solícitos, tanto para o rastreamento dos idosos quanto para a realização da entrevista. No entanto, mesmo a pesquisadora dizendo que não havia respostas certas ou erradas, alguns ficaram receosos por talvez não saber responder exatamente às perguntas. Entretanto, passados os minutos iniciais, ao perceber que não havia nenhuma complexidade maior na entrevista, a possível tensão existente foi embora. Abriram-se, assim, espaços para profundas reflexões acerca dos idosos em questão, recordações de casos acompanhados, condutas profissionais adotadas e experiências de vida. Mas, preponderante mesmo foram os votos para que este estudo possa promover um olhar diferenciado e especial para essa população que cresce em número, além de migrar para o município de São Paulo, muitas vezes, em condições de fragilidade e sem orientação sobre os serviços públicos de saúde.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo D), e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP/SMS) de São Paulo (Anexo E).

Para a abordagem dos participantes da pesquisa foram considerados os aspectos éticos da Portaria nº 196/96¹³ do Conselho Nacional de Saúde e o TCLE, que se encontra no Anexo C.

Antes da realização da entrevista, os convidados a participar receberam, oralmente, informações sobre a natureza, métodos e objetivos do estudo. Após esclarecimento de todas as dúvidas, foi solicitada a assinatura do TCLE, que contém por escrito as mesmas informações transmitidas verbalmente.

As identidades dos participantes foram protegidas e as informações prestadas foram asseguradas de serem confidenciais nas publicações decorrentes do estudo. Ao mesmo tempo, foi garantido o acesso às informações individuais e os participantes foram esclarecidos quanto à possibilidade de interrupção da colaboração a qualquer momento, se assim o desejassem.

O TCLE foi lido para todos os idosos, justamente pelo fato de eles serem analfabetos ou por apresentarem uma alfabetização bastante rudimentar. Apenas uma idosa não sabia assinar o nome. Entretanto, a mesma expressou o seu consentimento

¹³ Brasil (2006b).

verbalmente, testemunhado por familiar. Nesse caso, após leitura prévia do TCLE, o familiar assinou o documento.

7 RESULTADOS E ANÁLISES DOS IDOSOS

Neste polo da investigação estão os idosos entrevistados. Por meio de suas experiências heterogêneas de vida, percepções singulares do processo saúde-doença-cuidado e condutas diferenciadas referentes ao cuidado, estes contribuíram para as análises deste estudo.

Embora, *a priori*, o critério para participação tenha desempenhado o papel fundamental e norteador para a composição amostral, não se pode menosprezar o caráter polimorfo e eclético dos idosos entrevistados, quando alocados em um único conjunto.

Recorda-se o que Chammé (1996), Uchôa (2003) e Garcia et al. (2005) salientam no que diz respeito à organização das sociedades, à influência cultural nos processos de significação e à compreensão do adoecimento, além de obviamente se (re)conhecer o quanto as estratégias e recursos utilizados para o cuidado em saúde refletem a conformação das distintas realidades, nas quais esses idosos estiveram inseridos. Dito de outra forma, a construção das representações sociais desses sujeitos foi assentada em um conhecimento adquirido no cotidiano das relações sociais. Em verdade, o saber prático do senso comum, compartilhado com outros membros do grupo social, proporcionou sentido e orientação nas ações cotidianas desses indivíduos (Moscovici, 1978).

De todas as maneiras, as similaridades e distinções no processo dinâmico das entrevistas contribuíram de maneira enriquecedora para a reflexão ou problematização desta análise.

Alguns idosos, inicialmente no ato da entrevista, expressaram uma determinada preocupação em não saber responder “corretamente” às questões propostas. Embora previamente a pesquisadora tivesse explicado que eram questões acerca de suas experiências de vida e que não havia certo e errado como resposta, apenas após alguns minutos, eles se mostraram mais confortáveis e atraídos pelo conteúdo das interrogativas. Sobretudo, ao perceberem que a relevância estava justamente no que se pensava e não no que se sabia (Silverman, 2009). Além disso, o prazer e satisfação em responder às questões se ampliavam à medida que revisitavam a sua própria história de vida. Talvez, para alguns deles, esta tenha sido a primeira oportunidade de um convite para recordar e interpretar a experiência de vida.

Ao mesmo tempo, considerou-se que o processo interpretativo deste trabalho se fundamentou na suspensão da realidade cotidiana dos idosos, visando (re)conhecer o sentido que atribuem à maneira que sentem e interpretam suas necessidades e cuidado em saúde.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS PARTICIPANTES

A síntese das narrativas dos participantes tem por finalidade apresentar os idosos, contribuindo, desse modo, para compreensão do conteúdo analisado e discutido nesta investigação.

A seguir, encontram-se algumas informações individuais que contribuem para melhor dimensionar a realidade social e o modo como esses indivíduos “trilharam suas vidas”:

▪ **Sebastião**

Tem 79 anos de idade. É aposentado por invalidez, mas, às vezes, faz bicos de jardineiro ou de limpeza de casa. Atualmente, mora com a sobrinha, o marido dela e mais cinco crianças. Relata que nasceu no sítio e que o município mais próximo do seu povoado era Belo Jardim, na região do Semiárido de Pernambuco. Segundo ele, a pessoa gastava quase meio-dia para chegar nessa cidade. Conta que com menos de dez anos de idade, perdeu os pais, passando a ser criado pela avó, que também logo faleceu. Depois passou a morar com os tios e, mais tarde, com a madrinha. Começou a trabalhar na lavoura por volta dos 10 anos de idade e, quando completou 15 anos, foi trabalhar em usinas de cana-de-açúcar. No entanto, sempre na época de plantar, ele voltava para roça para ajudar a família no plantio. Depois de muito trabalhar em usinas, foi convidado para trabalhar de empregado em casa de família em Recife. Nessa ocasião, ele tirou seus documentos, até mesmo porque nem registro de nascimento possuía. Em Recife, aprendeu a fazer jardinagem e, com isso, após se desligar do emprego na casa de família, trabalhou fazendo bicos de jardineiro. Diz que nesse período chegou a passar vários dias de fome e relembra que, desde criança, quando fora criado pela avó, viveu ocasiões semelhantes. Conta que comiam de esmola quando as tias davam algo para eles comerem. Ainda em Recife, após essa fase de trabalhar com bicos, relata que trabalhou por 12 anos em um matadouro. Nessa época, casou-se com uma paraibana e teve cinco filhos. A mulher, segundo ele, tinha

problema dos nervos e resolveu retornar para cidade dela, na Paraíba, voltando a morar com os pais. Por algum tempo, nos domingos de folga do matadouro, ele ia visitá-la, ver os filhos e levar algum dinheiro. Depois, de acordo com informações de amigos, ele descobriu que ela estava fazendo macumba para ele. A partir dessa data, ele não foi mais vê-la e, mais adiante, descobriu que ela e as crianças se mudaram de cidade, sem deixar nenhum contato. Dessa maneira, desde 1965, ele nunca mais esteve com ela ou com os filhos. Comenta que nunca mais se casou, que apenas encontrou pela vida mulheres para *enrolá-lo*. Conta que foi para escola com 31 anos, sabe ler um pouquinho, mas não sabe escrever. Diz que em sua infância, *somente filho de fazendeiro tinha direito a escola, filho de pobre não!*. Em 1991, decidiu vir para São Paulo, em busca de trabalho. Morou na casa de parentes e arrumou um emprego de faxineiro. Entretanto, depois de quatro anos em São Paulo, ele começou a ter uns *desmaios*, ficando *encostado* por dois anos e, logo em seguida, aposentou-se por invalidez. Após 16 anos de permanência em São Paulo, retornou para Pernambuco, para o município de Camaragibe, para morar com outros familiares. Após um ano de permanência em Pernambuco, retornou a São Paulo para resolver uma questão bancária. Queria retirar R\$ 500,00 que tinha no banco, mas não conseguiu fazer isso em Camaragibe. Nesse período, ele começou a ter um problema de vista, diz que só ficava escorrendo lágrima dos olhos, ardendo e coçando muito. Por essa questão, decidiu ficar em São Paulo, na casa de uma sobrinha, para se tratar. Atualmente, o seu problema de vista está sendo investigado pelo ambulatório de especialidades. Além disso, ele também é acompanhado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) para cuidar da pressão arterial e dos *desmaios*, pois, segundo ele, se não tomar corretamente os remédios, o desmaio *ataca*. Afirma não ter dificuldades para tomar as medicações

prescritas no horário certo, somente às vezes a sobrinha precisa lembrá-lo. Além disso, recorre às ervas que planta no quintal para seus problemas de saúde, utiliza principalmente o mastruz. Diz ser católico desde nascença e comenta que tem o hábito de ler a bíblia, porém de *tanta mentira na bíblia*, afirma que não *anda acreditando mais em nada*.

▪ **Manelito**

Tem 69 anos de idade e 50 anos de casamento. Nasceu na zona rural, em um povoado chamado Baixão do Domingão, pertencente ao município de São João dos Patos, no Maranhão. Estudou, mais ou menos, dos 7 aos 13 anos, chegando a ser professor do Mobral no seu povoado. Pela terceira vez está residindo em São Paulo. A primeira foi de 1978 a 2001, a segunda de 2005 a 2007, e, no momento da entrevista, fazia 11 meses que havia retornado a São Paulo para tratar dos problemas de saúde de sua esposa e estar mais próximo dos cinco filhos que residem na cidade. Apenas um único filho mora no Maranhão e, segundo ele, não está também em São Paulo porque se casou com uma maranhense. Ele conta que começou a trabalhar muito cedo na lavoura. Cultivava uma roça a 18 km de sua casa e somente nos finais de semana voltava para casa dos pais. Depois mudou-se para uma cidadezinha que era uma barragem de construtora lá do Maranhão. Após dois anos de trabalho, decidiu voltar para seu povoado e morar com seus pais. Com a realização de empréstimos no Banco do Brasil, cultivou sua própria lavoura de 1968 até 1978. Entretanto, o sonho de se mudar para São Paulo em busca de melhor condição de vida era uma constante. Por outro lado, embora mesmo já casado, seu pai era bastante rígido e controlador, não consentindo sua partida. Até que um dia ele avisou o pai que iria vender umas

melancias nas proximidades e fugiu para a cidade de São Paulo. Relata, com entusiasmo, que, de imediato, conseguiu emprego como pedreiro e, para seu contentamento, com carteira assinada. Depois de um curto espaço de tempo, voltou para buscar esposa e filhos. Em São Paulo, ele retomou os estudos, tornando-se aluno do Mobral, o que contribuiu para que muito rapidamente fosse promovido à segurança-vigilante, função na qual ele aposentou-se, recebendo atualmente cinco salários mínimos. Em 2002, após 23 anos de moradia em São Paulo, decidiu retornar ao Maranhão. Em 2005, após ser convidado, retornou novamente a São Paulo para trabalhar como segurança, permanecendo, dessa vez, até o ano de 2007. No ano seguinte, ele voltou ao seu município de origem. Conta que, nessa circunstância, residiu na cidade, mas também possuía uma propriedade na zona rural, o que lhe permitia trabalhar na sua própria lavoura. Porém, nesse meio tempo, sua esposa adoeceu e, segundo ele, os médicos de lá não conseguiam diagnosticar seu problema de saúde. Desse modo, ele mais uma vez retornou a São Paulo, agora em busca de melhor assistência médica para a esposa. Com o apoio dos cinco filhos, agregado ao seu próprio conhecimento dos serviços de saúde, no dia seguinte a sua chegada, os médicos diagnosticaram o problema dela como mal de Parkinson. Na ocasião da entrevista, fazia 11 meses que ele havia retornado a São Paulo. Atualmente, ele tem três casas em um terreno, sendo que em uma moram ele e a esposa; em outra, uma filha casada; e, na terceira casa, sua cunhada solteira. Os demais filhos que residem em São Paulo moram nas proximidades, chegando a serem até mesmo vizinhos. Conta que um lote, nos fundos de seu terreno, foi cedido pelo proprietário para que ele pudesse fazer seu plantio. Para ele é a melhor forma de distrair a cabeça, plantar e colher para a

família mesmo consumir. Diz ser católico, mas também vai na *igreja de crente*, na verdade diz que vai para *festa, forró, pra onde dar certo e dá risada*.

Tem acompanhado seus problemas de saúde pela UBS; comenta que o coração anda mais devagar e que a pressão é alta, e que o médico mandou ele tomar os remédios para controlar essas questões. Relata que fez muito uso de ervas no Nordeste, especialmente o *fedegoso* e o *mentruz*. Para ele, tomar remédio do mato sempre foi bom. Conta que aos 18 anos de idade ele teve duas novidades: tirou foto pela primeira vez para o título eleitoral e passou no médico. Como ele ia votar, segundo ele, os políticos queriam fazer bonito, oferecendo consultas médicas.

▪ Eufrásio

Tem 84 anos de idade, viúvo, aposentado com um salário mínimo e recebe a pensão da esposa falecida também equivalente a um salário mínimo. Nasceu em Santaluz, na Bahia, na zona rural. Foi para escola somente por seis meses. Apenas aprendeu a assinar o nome. Predominantemente trabalhou na lavoura a maior parte de sua vida. Exceto na década de 1970 que, por várias vezes, veio para São Paulo em busca de trabalho. Em sua trajetória de vida, inicialmente deslocou-se de seu território de origem para o Estado do Paraná, onde prosseguiu trabalhando na roça e morou em uma fazenda pertencente ao município de Floraí. Seu primeiro casamento foi com uma paranaense; tiveram três filhos. Após 12 anos morando no Paraná, ele decidiu retornar para a Bahia. Conta que, por um mês, sua esposa permaneceu bem em sua terra; depois cismou que queria retornar para o Paraná. Ele, para não contrariá-la, levou-a de volta e a entregou aos pais. Os dois filhos mais velhos, do sexo masculino, ficaram com ele e a criança menor, do sexo feminino, ficou com a mãe. Ele relata que na década de 1970,

devido às terríveis secas em sua região, teve várias vindas a São Paulo em busca de trabalho. Em todas as situações foi empregado em obras. Em relação à constituição de sua família, ao todo tem 9 filhos, 13 netos e 1 bisneta. Todos os filhos encontram-se em São Paulo, exceto o mais velho que mora em Salvador, Bahia. Em 2003, ficou viúvo de seu segundo casamento. Atualmente¹⁴ está em São Paulo há três meses e dez dias. Mora com três filhas e dois netos. Veio para o casamento de uma das filhas. Diz que aproveitou a circunstância, pegou tudo que tinha, vendeu e veio para ficar mais próximo dos filhos. No entanto, comenta que está pensando em retornar para sua cidade na Bahia, até mesmo porque deixou uma rocinha por lá. Como religião é católico e ressalta ser muito religioso, aliás, diz que *já botou muitos crentes para correr de sua porta*. Atualmente, faz seu acompanhamento médico na UBS. Diz ter problema no coração, hipertensão, alto colesterol e má circulação. Além da medicação prescrita pelo médico, afirma não dispensar a utilização de ervas, como por exemplo, o boldo. Diz preferir o remédio do mato ao remédio da farmácia. Conta que médico apareceu somente depois de 1952 na região em que ele morava na Bahia, estando a 60 km de distância de sua casa. Ainda assim, a única opção de transporte era montar em um jegue ou burro, porque carro não tinha. Portanto, a única alternativa era recorrer às ervas e às rezas.

▪ **Mariana**

Nasceu no campo em um povoado pertencente ao município de Santo Estevão no Estado da Bahia, próximo a Feira de Santana. Enviuvou no ano de 2003 e, por essa razão, decidiu morar em São Paulo, visto que seis de seus filhos encontram-se na

¹⁴ Até o momento da entrevista.

cidade e apenas um reside na Bahia. Ela está há cinco anos em São Paulo. Relata que quando chegou morou por uns tempos com uma das filhas e somente após vender seus bens no Nordeste, comprou uma casa na favela. Segundo ela, nessa ocasião, tinha uma vizinha que a maltratava bastante e, por esse motivo, decidiu buscar outra moradia. Diante desse fato, comprou sua atual casa na mesma comunidade. Quando interrogada se mora só, ela responde *morar com Deus*. Seus filhos moram todos no mesmo bairro e alguns chegam a ser seus vizinhos. Em relação à sua idade, diz com dúvidas ter 76 anos. Conta que já adulta e casada foi ao cartório juntamente com o irmão para se registrar. No entanto, ela acha que houve uma confusão, que a idade dela foi passada para o irmão e a do irmão para ela, sendo que na realidade ele é três anos e nove meses mais velho que ela. De todas as maneiras, diz, sorrindo, estar tudo certo, pois ela está vivendo: *A idade não voga, eu quero saber que eu quero viver mais uns tempos, se Deus quiser!* Durante toda sua vida morou no povoado de origem. Trabalhava basicamente com a agricultura de subsistência; vendia apenas o pouco que sobrava. Enquanto isso, seu marido trabalhava em outras fazendas, regiões e até chegou trabalhar em São Paulo, em um determinado momento de sua vida. Explica que estudou somente umas *duas páginas da cartilha* quando tinha por volta de 13 ou 14 anos de idade. Assim, não sabe ler e nem escrever, apenas assina o nome, segundo ela todo *esgarranchado*. Como renda, recebe o equivalente a dois salários mínimos referentes à pensão do marido falecido. Além disso, recebe um determinado valor por tomar conta de duas crianças de sua vizinha e, aos sábados, cata latinhas em um forró que ocorre na comunidade. Conta que com o seu dinheiro ajuda uma filha que está precisando. Diz que seus filhos ficam bravos por ela catar as latinhas, entretanto ela afirma que não consegue ficar parada, além de acabar se divertindo ao fazer isto. O

único inconveniente é que acaba indo dormir quando o dia já está clareando e, por isso, não consegue ir à missa no domingo pela manhã. No entanto, diz que sempre foi muito *rezadeira*. Expõe que antes mesmo de minha chegada estava rezando para Deus proteger todos seus filhos. Também é benzedeira e algumas pessoas a procuram para que ela possa benzer e resolver especialmente problemas relacionados à saúde. Quando questionada se utilizava ervas para o autocuidado em saúde, diz que aqui não encontra o que ela era acostumada a utilizar em sua terra natal. Atualmente está sendo acompanhada pela UBS; lamenta-se por sua diabetes que limita bastante sua alimentação. Fora isso, tem pressão alta, dor nos ossos e depressão. Porém, diz que nunca tomou remédio para depressão. Diz que todos os seus filhos são muito preocupados com a sua saúde. Contudo, uma das filhas é mais presente e cuidadosa, pois sempre verifica se ela toma as medicações corretamente, além de acompanhá-la aos médicos.

▪ **Rinaura**

Tem 73 anos de idade, nasceu no município de Santa Rita no Estado da Paraíba e, embora morasse na cidade, conta que seu nascimento foi realizado com parteira em casa. Sempre morou na zona urbana. Relata que ainda muito pequena mudou-se para Campina Grande, na Paraíba, e lá foi criada. Depois se mudou para Caicó, no Estado do Rio Grande do Norte, local onde se casou. No ano de 1973, seu marido veio em busca de trabalho para o município de São Paulo e, após arrumar um emprego de tapeceiro, retornou para o Rio Grande do Norte para buscá-la. Por esta razão, residiram em São Paulo por 32 anos. Nesse período, ela trabalhou por uns 20 anos como auxiliar de limpeza. Em 2005, retornaram para Campina Grande, permanecendo por lá dois

anos e sete meses. Nesse intervalo de tempo, seu marido adoece e, como praticamente todos os filhos estavam em São Paulo, resolveram voltar para a metrópole, em busca de suporte familiar e melhores condições de assistência médica. Desde quando chegou (fazia oito meses no momento da entrevista), residem na casa de um neto. Entretanto, no decorrer da entrevista, ela comenta que na semana seguinte irão se mudar para uma outra casa que alugaram no mesmo quintal. Está casada há 55 anos, teve 14 filhos, sendo sete de *tempo* e sete abortos. Atualmente, tem quatro filhos vivos, três mulheres que residem em São Paulo e um filho que reside no Japão. Duas das filhas são suas vizinhas e a outra mora na região metropolitana de São Paulo. Com filho que mora no Japão, ela sempre conversa e o vê através da internet, em ocasiões que vai visitar as filhas. Quando questionada se foi à escola, conta que estudou dos 8 anos até os 14 anos de idade, concluindo o primeiro A, B e C. Diz que parou os estudos por ignorância de seu pai, pois, segundo ele, quando uma filha começava a namorar não havia mais necessidade de prosseguir estudando. Relata que há menos de seis meses conseguiu o benefício por idade (um salário mínimo). Conta que teve muita dificuldade para isso pelo fato de seu marido já ser aposentado por invalidez e receber dois salários mínimos. Desde quando nasceu é católica, lamenta por não ir à missa, devido aos problemas de saúde do marido, uma vez que não pode deixá-lo sozinho, por ser muito dependente dela. Ele tem câncer de próstata, hipertensão, diabetes e um determinado problema na perna que ela não soube explicar exatamente o que é. Ela, embora seja acompanhada pela UBS, diz não ter tempo para se cuidar. Conta que todo o seu tempo é dedicado a ele. *Eu luto muito com ele, criatura!* Comenta que até mesmo a agente comunitária de saúde, esses dias, queria muito agendar uma consulta para ela, porém pelo fato de quase todos os dias ela ter algum compromisso médico em virtude dos

problemas do marido, ela se recusou a agendar. Os problemas de saúde dela são: gastrite, hipertensão e osteoporose. No entanto, sua queixa maior é referente as fortes e incômodas dores nos ossos e, na ocasião da entrevista, declarou não tomar nenhum remédio para esse problema.

▪ **Clotilde**

Nasceu no sítio, no povoado de Poço, pertencente ao município de Cumaru, próximo de Limoeiro, no Estado de Pernambuco. Tem 64 anos de idade, separou-se do marido há seis anos e, por esse motivo, mudou-se para São Paulo há três anos e alguns meses. Seus filhos, todos residentes em São Paulo, resolveram trazê-la para próximo deles. Nunca havia morado na cidade, apenas na roça. Quando chegou, morou por dois anos em uma casa alugada na região central de São Paulo, juntamente com um neto de 15 anos, que ela o considera como filho de criação. Ela o cria desde bebê, época em que perdeu seu filho. Conta que, no período que morou no centro da cidade, trabalhou como auxiliar de limpeza e diarista. Depois, pelo fato de o aluguel ser muito caro, mudou-se para sua atual moradia na favela, onde reside já há um ano e alguns meses. Comenta que no Nordeste, desde os 11 anos de idade, começou a trabalhar com a agricultura de subsistência, e que nunca, em sua vida, havia trabalhado para ganhar dinheiro. Foi para escola já *mocinha*, estudou por apenas três meses, depois sua mãe a retirou da escola para que ela pudesse colaborar no trabalho da casa, já que era a única filha *mulher*. Desse modo, não sabe ler, escrever e nem assinar o nome. Contudo, afirma que para efetuar contas é muito boa. *Vou fazer uma compra, enquanto tá no computador, eu tô na cabeça!* Casou-se com 18 anos de idade e, aos 20 anos, foi mãe pela primeira vez. Teve 14 filhos de *tempo*; atualmente tem 6 filhos vivos. Relembra

que mesmo com as crianças pequenas trabalhava na roça: *Dava banho nos filhos e deixava na rede e ia embora trabalhar, via ele chorando ia pra casa dar de comer, dava banho de novo e ia embora pra roça.*

No presente, todos estão em São Paulo, alguns moram em sua mesma comunidade, inclusive a filha caçula mora em seu quintal, outros em bairros bastante próximos. Relata que vários filhos a visitam diariamente. A que mora mais distante conversa sempre com ela por telefone. Além disso, comenta ter uma excelente relação com toda a vizinhança, diz que, desde crianças, adultos e velhos passam em sua casa para tomar seu cafezinho. Aposentou-se com 55 anos de idade, recebe um salário mínimo. Quando questionada qual era o tipo de benefício responde: *Lá no Norte se aposenta com 55 anos por idade, não foi pelo Funrural, não!* Diz que os filhos querem auxiliá-la financeiramente, mas ela não quer, pois, com o que ganha, consegue manter-se com o filho de criação. Nesse período em que estava em São Paulo, sua mãe adoeceu no Nordeste e, diante desse problema, ela foi buscá-la para que assim pudesse receber uma assistência médica mais adequada, além de todo suporte familiar. Entretanto, há um mês sua mãe faleceu. Diz ser católica desde quando nasceu e que ia muito em *rezadeira* para tirar *mau-olhado*, *quebrante* e resolver problemas de saúde de seus filhos. Conta que em toda sua vida utilizou ervas para cuidar da saúde e até hoje ainda recorre a elas. Cita o quanto é bom a casca de *cumarú* para alguns problemas, além disso menciona também o *trelã da Bahia* e a *quixaba branca*, a qual é excelente para corrimento. Atualmente é acompanhada pela UBS, mas felizmente afirma não ter nenhum problema de saúde, portanto, não tem necessidade de tomar nenhuma medicação.

7.2 REPRESENTAÇÕES SOBRE A SAÚDE

Como ponto de partida, ressalta-se que é sempre o indivíduo o ponto de referência para a relatividade morfofuncional do corpo humano. Dito de outra forma, a percepção do conceito e derivações representativas da saúde, seja no plano geral (coletivo) ou particular (individual), são simultaneamente passíveis e definidas no encontro com experiências individuais de adoecimento em detrimento de uma ocasião sociocultural demarcada, validando-se, assim, o caráter intersubjetivo implícito na relação (Ayres, 2001).

Nessa direção, os idosos em maioria, quando questionados em relação ao que era ter saúde, tendiam a repetir a questão, como se naquele curto espaço da (re)pergunta pudessem buscar a resposta que lhes parecessem mais adequada. Até porque a saúde é silenciosa e nesse quesito tende a exigir um (re)dimensionamento abstrato, além de, obviamente, soar uma determinada estranheza pensar sobre este assunto. Enquanto isso, mencionar os problemas de saúde, pareceu ser tarefa mais fácil.

Que é ter saúde? [risos] Eu não vou saber responder! O que é ter saúde? A gente tendo a saúde tem tudo na vida. [...] tudo é fácil, a gente tem o dinheiro, a gente tem o pão de cada dia e a gente tem disposição, num é? Pra tudo na vida! Não pra fazer o mal, mas pra trabalhar, pra ser disposto, pra tudo na vida, né? (Eufrásio, 84 anos).

Eufrásio relacionou a saúde com produtividade, capacidade laboral e sentir-se bem. Evidentemente, melhores condições de saúde favorecem a preservação da independência, autonomia e mobilidade física para a manutenção de uma vida laboral mais ativa. Para Figueiredo et al. (2007, p. 427),

as características sociais do masculino em uma sociedade capitalista que prioriza o capital, a produção e o mundo público para os homens é verdadeiramente algoz com os envelhecetes, que com a aposentadoria passam a ter como espaço de convivência o recinto privado do lar, trocando a produtividade pela inatividade [...]

Notou-se uma inclinação na postura tradicional masculina em relacionar a saúde com atividade e a capacidade de trabalho. Para essa geração, uma forte referência para o homem é ser provedor do seu meio. O trabalho afirma sua identidade masculina, além de proporcionar o reconhecimento como sujeito social (Figueiredo, Schraiber, 2010; Nardi, 1998).

Por um outro lado, a existência relacional do conceito saúde e a manifestação de emoções e sentimentos também se destacaram. Nesse sentido, as respostas surgiram muito mais interligadas à representação do sofrimento causado pela doença; e a experiência serve como base para a construção de interpretações correlacionadas à identidade social dos sujeitos adoecidos.

A saúde é uma coisa que a gente deve ter alegria, porque a pessoa não tem saúde não tem alegria, a pessoa só vive pensando, parece que tá com frio, assim moribundo [...] Mas, a pessoa com saúde, a pessoa conversa alegre e anda satisfeito, come, coloca um prato de comida na mesa, come satisfeito e alegre [...] (Mariana, 76 anos).

É a pessoa não ter muita preocupação, sabe? Tudo que vier, não botar no juízo [...] Preocupação, sabe? A doença já tá na cara! Eu mesmo quando eu tinha assim... nervoso bem forte, eu ficava assim... com uma dor nesse braço aqui. (Clotilde, 64 anos).

Segundo Ayres (2007), na vida cotidiana o processo saúde-doença apresenta vínculos estreitos, tornando-se bastante difícil dissociar uma ideia da outra. Além disso, Herzlich (2005) acrescenta que a antítese ‘saúde-doença’ e ‘indivíduo-sociedade’ é que configura a representação, isto é, dá sentido à doença.

A pessoa ter saúde... É ter saúde, né? Que não sente nada, mas hoje em dia, hoje em dia é difícil a pessoa não sentir nada! Mas, meu problema é pressão alta e gastrite. (Rinaura, 73 anos).

Saúde pra mim é quem não sente nada, que não prejudica ninguém e num sente dor no corpo, nem nada. Eu só tenho uma doença só [risos], essa vem de berço, o bolso seco! (Sebastião, 79 anos).

Substancialmente, a ausência de concretude relacionada à concepção do que é ter saúde limitou-se, de forma prática, à construção de juízos por parte dos idosos. Consequentemente, a polarização saúde-doença tornou-se inevitável. Além disso, no contraposto, enfatizou-se o “sentir”. Até mesmo porque, distante de qualquer complexidade, a expressão inicial, através de sinais e sintomas, ocorre no corpo. Os desconfortos manifestos sempre elucidam a falta de algo; primeiramente é no corpo que se nota a fragilidade da saúde. Logo, o ser não saudável recebe a mensagem do corpo adoecido. A experiência física, representada através da dor, é mais expressiva e frequente entre os indivíduos (Oliveira, 1998). Dessa forma, estar doente pode representar qualquer condição de sofrimento, desde dor em todo o corpo ou apenas em uma localidade específica.

Por outro lado, os idosos responderam com maior facilidade e sem titubear o que é ter vida saudável. A impressão que se dá é que tal questão não apresentou a mesma magnitude que a anterior. A compreensão foi rápida e a resposta foi mais extensa. Os idosos notoriamente se dividiram em dois blocos.

O primeiro manteve a antítese saúde-doença ao (re)apresentar o conceito negativo da doença. Nota-se a força do modelo biomédico, ao conferir efeitos reguladores negativos direcionando o foco para os riscos e patologias (Ayres, 2007).

É não ter doença, né? É nunca adoecer, é não ter doença (Clotilde, 64 anos).

Quando num é doente, né? Saudável é quando ele não é doente! (Sebastião, 79 anos).

Em contrapartida, o segundo bloco pareceu dissociar as duas questões realizadas. Percebeu-se uma expressividade mais positiva, relacionada a um modo de trilhar a vida de maneira mais satisfatória e plena. Neste bloco, extrapolou-se o raciocínio depreciativo, do bloco anterior, por não associar as consequências de um problema de saúde ao *modus vivendi*.

E quando ele é livre, desimpedido que não tem quem... Ele tá com dinheiro no bolso, com a barriga cheia, tá de bem com a família... pra que melhor de que isso? (Eufrásio, 84 anos).

Olha, no meu alcance é ter um... Não dever, tá bem no seu ambiente, sem dever [...]
Porque dívida perturba a memória, né? (Manelito, 69 anos).

Acho que é a pessoa tomar um banho, se vestir, se arrumar bem arrumadinho e sair com alguns filhos, com os netos, com os genros, com a nora. Eu acho que é uma coisa dessa. Não ficar só dentro de casa, a gente tem que sair um pouco também [...]
(Mariana, 76 anos).

De maneira geral todos os participantes, exceto Clotilde (64 anos), apresentaram problemas de saúde diagnosticados pelas equipes de SF. Entretanto, quando questionados sobre a própria saúde, tenderam ao otimismo e em alguns casos até minimizaram suas limitações e dependência, como é caso de Sebastião (79 anos):

Eu tenho essas coisas... mas se você vê os lugar que eu ando.... Aqui tem lugar que eu ando, que eu conheço, que ninguém que nasceu aqui não conhece! De pé, essa avenida aqui, Politécnica pego umas... Ando dentro de umas matas que têm pra lá, vou sai lá em Campo Limpo, de lá eu saio em Pinheiros e de pé!

Quando questionado se tem vida saudável, complementa:

Numa parte eu tenho! Pra minha doencinha que eu tenho, pra minha idade... [...] Eu trabalhei com um cara, na casa dele, ele era sogro desse homem que eu trabalhava com ele, ele morreu com 80 anos. Ele tinha um babá com ele pra dá banho, pra andar com ele no jardim, tudo... [...] Ele não andava só que era abastaiado, um que era rico... nasceu no berço de ouro... E pra ver, eu olho a vida dele e a minha, eu sou saudável [risos] eu dou graças a Deus, eu sou saudável!

Embora ele tenha conhecimento de seus problemas de saúde, os quais exigem acompanhamento médico e tratamento medicamentoso contínuo, é por meio da estratégia comparativa que ele redimensiona suas questões, baseadas em suas experiências de vida e parâmetros socioculturais. Concomitantemente, ele outra vez fez menção ao aspecto monetário, só que dessa vez invalidando sua importância para se ter uma vida saudável.

Couto et al. (2009b) sinalizam que as doenças, a saúde e a morte não se restringem a uma evidência orgânica, natural e objetiva. A maneira pela qual os indivíduos ou grupos sociais as vivenciam e as experimentam reflete as características organizacionais e culturais do meio social. Expandindo o raciocínio comentam:

Uma das importantes contribuições das abordagens socioantropológicas é apontar para os significados culturais e a ordem de vida social e biológica que eles impõem, informando o pensamento e o que este pode captar (o olhar) sobre o corpo que adoece e morre. (p. 351).

Eufrásio (84 anos) fez jus ao papel tradicional do homem ao responder não ter saúde por não estar exercendo uma atividade laboral. Nesse aspecto, o lugar do homem adoecido é a casa; o fato de não mais trabalhar produz um sentimento de exclusão do grupo social. Em essência, ele apenas complementou o que já havia exposto:

Depois que eu perdi minha saúde... Digo perdi porque não estou mais trabalhando... Quando eu trabalhava, eu tinha saúde, mas hoje em dia o que é que eu vou dizer, né?

A partir de uma perspectiva sociopolítica, as implicações sociais do envelhecimento também são avaliadas por uma ótica economicista. Nesse panorama, a velhice assume contornos a partir do momento em que o indivíduo é excluído do mundo produtivo do mercado de trabalho, representado, muitas vezes, pela aposentadoria. Essa visão não está necessariamente associada às transformações fisiológicas oriundas pelo avanço da idade. De acordo com Cunha (2000), esses indivíduos são vistos pela nossa sociedade como idosos “vazios de papéis sociais”. Permanecendo à deriva, tornam-se alvo de preconceitos ou estereótipos, sendo considerados, muitas vezes, como um peso social.

Dando continuidade aos depoimentos, para Eufrásio (84 anos) ter vida saudável não perpassa diretamente pelos seus problemas de saúde e incapacidades.

Bom, é saudável quando a gente principalmente tem a companheira da gente! [...] Eu não tenho a minha vida saudável porque eu não tenho a minha esposa, né? [...] Agora se eu arrumasse outra esposa eu até continuava minha vida saudável.

Nesse caso, a experiência prática desvelou uma lacuna. A carência assumiu contornos de necessidade em saúde. Conforme Nunes (1990), os valores individuais podem determinar, na realidade, as necessidades sentidas ao invés de proclamar as necessidades tidas como “corretas” a partir de um ponto de vista de valores, ou seja, julgamento moral.

Clotilde (64 anos), por sua vez, afirmou ter vida saudável, e, embora não apresentasse nenhum problema de saúde, relatou ter medo de adoecer e ser desprezada

pelos filhos, não recebendo o devido suporte familiar para seu cuidado. Além disso, seu maior receio é perder a autonomia e a independência para o desenvolvimento de suas atividades.

[...] Se um dia eu adoecer ficar qui nem a minha mãe assim... [de cama], ter 6 filhos e saber qual é que vai me desprezá, né?

Por outro lado, Rinaura (73 anos), cuidadora de seu cônjuge, diz:

O que eu peço a Deus é que ele me dê mais um pouco de saúde para eu lutar com ele, porque se ele chegar... se um dia ficar sem... Se nós um dia desaparecer, se eu desaparecer primeiro que ele, ele vai sofrer muito.

Aqui, o imaginário social de gênero é visível quando Rinaura atribui a si o lugar da cuidadora. Em outros termos, a saúde e a doença são de responsabilidade do feminino, visto que tradicionalmente é a mulher quem assume os cuidados com a saúde e a doença (Nardi, 1998). Ademais, pelo fato de as mulheres apresentarem maior longevidade e geralmente terem menos idade que seus cônjuges são elas as cuidadoras familiares preferenciais dos idosos (Neri, Sommerhalder, 2006).

Nesse enfoque, o comportamento de Rinaura chegou a denunciar a própria negligência em relação aos cuidados com a sua saúde, além de exibir alguns fatores estressantes em detrimento da sobrecarga de funções.

Praticamente no decorrer de toda entrevista, ela colocou o esposo em primeiro plano. Muitas vezes buscou justificar a pouca atenção dada a si mesma, ao evidenciar a extrema dedicação ao cônjuge. Quando questionada acerca de sua própria saúde, comenta: *É, não tô muito boa, mas tô levando, né?*

Por fim, de maneira unânime para os depoentes, a autopercepção de qualquer tipo de problema de saúde se dá através de desagradáveis sensações corpóreas. A dor é o primeiro sinal de desarmonia física. Rodrigues e Caroso (1998, p. 140) complementam a assertiva:

[...] o sofrimento é, ao mesmo tempo, a experiência da fragmentação ou experiência de caráter negativo, representada pela doença, mas também é o ponto de partida para a ‘desfragmentação’, isto é, para a construção ou reconstrução social.

Para Minayo (1988), a visão popular converge com concepções ainda mantidas por alguns profissionais de saúde, os quais tendem a associar o processo saúde-doença a fenômenos físicos. Assim, reforça-se que, de acordo com o raciocínio, a manifestação em essência é corpórea.

É aquele corpo enfadado, né? Com vontade só de me deitar só... Quentura nas mãos, sabe? (Clotilde, 64 anos).

Qualquer dorzinha que eu sinto no corpo. (Eufrásio, 84 anos).

Porque eu fico esmorecida, fico cansada, sem coragem... (Rinaura, 73 anos).

Mesmo Sebastião (79 anos), que relatou ter uns *desmaios* e tomar medicação para controlar seu problema, mostrou-se paradoxal ao responder:

Quando a gente tá sentindo, né? [...] A dor! Porque assim... é por causa dos desmaio, é assim rápido é muito rápido e eu não sinto nada.

7.3 PROBLEMAS DE SAÚDE ANTERIORES OU ATUAIS

A construção das narrativas e a possibilidade de refletir acerca dos problemas atuais de saúde causaram a impressão de serem menos custosas do que resgatar na memória os problemas de saúde enfrentados ao longo da vida. Porém, após certa insistência da pesquisadora, os entrevistados sempre dispunham de uma longa história para contar. Interessante foi tomar conhecimento que, embora em alguns casos eles estiveram entre a vida e a morte, já nem se recordavam mais do episódio.

Foi o caso, por exemplo, de Mariana (76 anos) que minuciosamente descreveu, de forma agitada, os problemas que teve na hora do parto de gêmeos há 50 anos:

O problema quem deu foi eu... dei as dores no dia 11 e terminei no dia 12! [...] Minha filha, eu não gosto de me lembrar porque eu fiquei entre a vida e a morte, o parto que não saia, depois o médico tirou esse menino e saiu de dentro parecendo aquele guarda-chuva ali ó, o sangue, aquilo... no dia de domingo, quando foi no de segunda-feira pra terça-feira me deu uma febre, aquilo que saia de dentro... as moscas, as moscas estavam em cima da cama!

Ela reviveu a circunstância contando detalhadamente todas as ações, estratégias e recursos utilizados, além de recordar das pessoas que a auxiliaram. Como de hábito naquele período, costumeiramente eram as parteiras as responsáveis pelos nascimentos das crianças. Contudo, por ser um parto de gêmeos, sérias complicações aconteceram. Consequentemente, a parteira não alcançou o pleno êxito em sua missão, pois somente uma criança foi retirada. Em vista disso, o marido de Mariana teve que recorrer ao seu patrão para que o transportasse até a cidade mais próxima em busca de um médico. Mariana comovida lembrou:

Venha cá mãe da menina! [...] Minha mãe já se escondendo vendo aquela situação, vem aqui, vem aqui... E minha mãe entrou: 'O que é doutor? – Você quer a vida de sua filha ou a vida de seu neto?' – Minha mãe calada ficou assim... e eu ouvi tudo! [...] 'Você quer a vida...' – 'Doutor primeiramente Deus no céu, vê o que que você pode fazer, se você der a vida dos dois pra mim, melhor! Mas, dê a vida da minha filha, mas o que você poder fazer Deus esta na sua mão!' – Menina, aí ele enfiou a mão eu fui em outro mundo e gritando... 'Oh meu Deus!' – Aí ele pegou um óleo, ele passou um óleo na mão e puxou o menino pelos pés. [...] Já estava passando da hora de nascer! [...] O menino só tinha o couro e o osso!

Finalizado o parto, após praticamente 3 dias de sofrimento, ela contou quais foram as recomendações médicas:

Olha, vem aqui, quando as mulheres têm crianças, vocês juntam mais amigas de vocês, tomam uma pingazinha, um xaropezinho... porque lá chama xarope temperada, e vocês ficam muito conversando não pode fazer isso aqui! E sua filha tá em perigo, viu? O menino saiu, tá tudo direitinho, mas ela por dentro tá tudo amassada. Olha, leite se você pegar um litro de leite, menos de um litro de leite, você bote umas duas xícaras de água, pão torrado, frango... Não pode comer cozido, só você pega o frango, moqueia bem moqueado [...] ferventa, cozinha e faz um 'raluá' pra beber, ela não pode comer nada pesado, viu?

Contudo, mesmo diante do risco de morte nesse parto, Mariana, quando questionada em relação aos seus problemas de saúde no passado, de imediato mencionou primeiramente a ocorrência de uma intervenção cirúrgica. Talvez porque o parto não significasse um problema de saúde e, desse modo, as complicações decorrentes do parto pudessem ser tidas como *esperadas*.

A gravidez e a maternidade são temáticas que não se limitam apenas ao caráter biológico; pelo contrário, abrangem dimensões construídas cultural, social, histórica e afetivamente. Sendo que os significados são assentados na experiência social. Nesse sentido, as idosas entrevistadas podem apresentar universos simbólicos específicos em

relação à gravidez e à maternidade. Paim (1998) corrobora a assertiva ao notar em sua pesquisa, realizada no Rio Grande do Sul, que:

gravidez e maternidade não devam ser fenômenos estudados isoladamente e sim integrados aos sistemas de valores mais amplos dos grupos populares. Assim, é fundamental analisá-los no contexto das concepções de corpo, de reprodução e das relações de gênero inseridos em situação concreta de classe, onde adquirem significados. (p. 31).

Já a intervenção cirúrgica assumiu um caráter diferenciado, certamente por ser um procedimento inusitado para sua realidade sociocultural. Dessa forma, a incisão e a submissão a uma internação hospitalar tomaram proporções de evidência e destaque.

O problema que já tive é que eu já fui operada. [...] Como é que chama? Da bexiga! [...] Eu tive filho e a bexiga tava...O médico disse que minha bexiga tava baixa, só o problema que me deu foi esse.

Clotilde (64 anos) relatou uma situação semelhante à de Mariana. Teve uma gravidez de alto risco aos 42 anos de idade. Em decorrência disso, sua filha mais velha, sabendo que o parto teria que ser cesária, decidiu trazer a mãe para São Paulo, para que assim tivesse uma assistência médica mais segura e adequada. Clotilde recordou quais eram seus medos e receios na ocasião:

Meu Deus! Eu nunca me operei será que vou morrer?

Na verdade, no decorrer de seu depoimento, ela confessou que esta tinha sido a primeira vez em que passava no médico. Todos os seus demais filhos nasceram em casa, com parteira, e ela mesma nunca adoeceu a ponto de necessitar de cuidados médicos.

Mas rapaz, vou mostrar meu corpo no médico? Agora é parada!

Para Rinaura (73 anos), o problema de saúde mais sério que teve foi um problema de desmaio que começou quando ainda era solteira:

O sistema nervoso que eu tinha... Eu dava uns ataque.

Conta que com o auxílio médico e medicamentoso essa questão foi contornada. Entretanto, quando começou a ter filhos, cessou o tratamento e o problema voltou:

Era só depois que dormia que dava! [...]. Eu tava com 3 mês que tinha ganhado o menino, aí eu me deitei com ele e adormeci, comecei amamentar ele e adormeci na cama com ele. Aí nisso, minha mãe viu foi os gritos do menino. O menino gritando, gritando, gritando... Aí ela correu lá! No que dava, eu atacava assim... Eu tava prendendo ele assim... nos meus braços! Tava matando o bichinho... De aperto! Mas, foi um sufoco pra tirar o menino dos meus braços, mas isso eu caía dormindo... às vezes, eu caía da cama eu quebrava... Desconjuntava braço...

Percebeu-se em realidade que os problemas de saúde das idosas entrevistadas, em maioria, estavam atrelados à maternidade, seja em relação aos riscos na hora do parto, ou mesmo ao fato de interromper um determinado tratamento em virtude do nascimento dos filhos.

Em contrapartida, dois dos idosos entrevistados (Manelito e Eufrásio) destacaram como problemas de saúde acidentes que sofreram no decorrer de suas vidas. Alguns desses acidentes foram de trabalho, outros foram caseiros. No entanto, mesmo tratando-se de acidentes fora do ambiente de trabalho, implicitamente em seus relatos estava o fator impeditivo de trabalhar.

Eu levei uma queda uma vez aqui na bacia do banheiro, fui arrumar uma lâmpada, escorreguei bati as costelas. Eu fiquei 12 dias de seguro, mas internado, não fiquei não! [...] E outro dia foi uma lesão no braço. Um ladrão me roubou aqui na Raposo

Tavares, dentro do ônibus e eu pulei do ônibus querendo pegar o cara e me empurraram e eu escorreguei, aí virou a mão assim... aí eles me deram também, só foi lesão no braço. Aí me deram 5 dias de seguro! (Manelito, 69 anos).

Mais uma vez, nota-se a presença de referências sociais de gênero. Especialmente para os homens, seus problemas de saúde estavam relacionados ao trabalho. Assim, provavelmente, é construída para essa população uma identidade do feminino e masculino, fortemente delineada por uma cultura em que os papéis sociais parecem ter uma definição supostamente tradicional, o que pode ter relação com o contexto cultural dos idosos nordestinos. Segundo Nardi (1998), na sociedade o trabalho assume caráter estruturante, classificando os indivíduos nos mais diversos aspectos, dentre estes “os gêneros”, os quais também se estruturam mediante a divisão sexual e social do trabalho. O autor ainda vai além:

[...] é difícil aceitar o fato de estar doente e, portanto, não cumprir com a norma internalizada do que implica ser homem e trabalhador, os trabalhadores tem que também provar sua incapacidade, uma vez que dependem de julgamento favorável do perito para ter acesso aos direitos constitucionais. (p. 100).

Fui acidentado em queda três vezes! [...] Um saco de café caiu em cima de mim! Um saco de café de 60k, na altura de 15 sacos de altura. O primeiro fiquei 30 dias hospitalizado! [...] Depois quando eu vim pra qui, cai dentro daquele rio... ali de ponta cabeça, rancou esse ombro, rancou a pá! [...] Agora na Bahia, tomando banho dentro do banheiro escorreguei, cai outra queda outra vez! [...] A coluna saiu do lugar! A coluna é torta, eu sou todo... [risos] (Eufrásio, 84 anos).

Quando interrogados se tiveram em suas vidas algum tipo de doença, apenas Sebastião (79 anos) se recordou de um problema que sofreu em sua infância.

Quando eu era criança me saiu um tumor aqui na perna [...] eu ainda morava com a minha avó, eu devia ter uns 8 anos [...] Lá no interior chama cabeça de prego [risos]. [...] Mas, esse cabeça de prego é um tumor! [...] Passei um bocado de tempo andando e pegando nas paredes e escorado num pau [...] A minha avó curou fazendo emplasto de mastruz com um bocado de mato que ela amassava.

No geral, pode-se dizer que os homens apresentaram maior propensão a minimizar seus problemas de saúde (Courtenay, 2000), reduzindo-os, muitas vezes, a meros e comuns resfriados solucionados com chás e outros recursos naturais. Para Figueiredo (2008), a percepção de gênero em saúde tem colaborado nas investigações das desigualdades e iniquidades sociais desses sujeitos e os malefícios para a sua saúde.

Nunca tive nada pra me ofender assim... Tá doendo... Só quando uma gripe dá, uma febre... (Manelito, 69 anos).

Tratando-se de uma época, uma localidade e pouco ou nenhum acesso a recursos médicos, torna-se bastante característica a resolução dos problemas de saúde através da medicina popular. Assim, as necessidades de saúde são contempladas dentro de um restrito panorama de recursos e serviços de saúde. Consequentemente, as percepções das próprias necessidades de saúde tendem a ser minimizadas dentro das limitações encontradas na cultura e sociedade em questão.

Enquanto isso, as doenças crônicas e múltiplas assumiram a liderança entre os problemas atuais citados pelos idosos. Nessa etapa da entrevista, os depoentes não foram parcimoniosos com as suas falas.

É importante mencionar que a pesquisadora manteve, para os problemas de saúde mais complexos, a narrativa de acordo com a descrição realizada pelos

participantes, ou seja, não efetuando a substituição por nomenclaturas diagnósticas, como, por exemplo, pressão alta por hipertensão.

No Quadro 3 é possível a visualização dos problemas de saúde atuais dos idosos-participantes.

QUADRO 3 – Problemas de saúde atuais dos idosos-participantes.

PROBLEMAS DE SAÚDE ATUAIS	
Sebastião (79 anos)	Pressão alta, <i>problema de vista</i> (arde, coça, escorre lágrimas), <i>desmaios</i> (controlados com medicação).
Manelito (69 anos)	Pressão alta, <i>coração mais devagar</i> .
Eufrásio (84 anos)	Pressão alta, colesterol, <i>má circulação</i> , problema do coração, <i>problema de próstata</i> .
Mariana (76 anos)	Pressão alta, diabetes, <i>dor nos ossos</i> , depressão.
Rinaura (73 anos)	Pressão alta, osteoporose, gastrite.
Clotilde (64 anos)	Nenhum problema de saúde.

Sebastião (79 anos) relatou que seu *problema de vista* foi a causa determinante para que ele permanecesse no município de São Paulo em sua última visita à cidade no ano de 2008.

[...] *Fica coçando; tem horas que arde que só pimenta, oxente! [...] Têm horas que parece que jogou areia na vista!*

Além disso, descreveu como se deu o início de seus *desmaios*:

[...] *eu trabalhava de faxineiro. Depois eu comecei com uns negócios de dar uns desmaios. Aí o dono do prédio disse: ‘O Severino não pode mais trabalhar aqui, como ele trabalha atrepado no prédio pode dar um negócio nele lá em cima e ele cair de cima!’ Aí me encaminhou pro INSS naquele tempo era NPS ainda, aí me encaminhou pro NPS aí me mandaram uma carta, fizeram uns exames... [...] Eu fiquei encostado uns dois anos! Aí depois disseram: ‘Você tá bom!’ – Aí voltei de novo pro trabalho. Com um ano e pouco comecei de novo. Aqueles desmaios aí o... Eles disse: ‘Não tem condição não!’ – Aí o NPS mandou eu fazer lá uns exames, numas máquinas, num*

negócio lá. Aí ele disse: 'Você não tem mais condição de trabalhar não!' Aí passou uns comprimidos pra mim tomar que eu ainda tô tomando. Ele disse que eu tenho que tomar até o fim da minha vida.

Manelito (69 anos), embora apresentasse um certo comprometimento com sua saúde, disse sentir-se bem. Aparentemente, mostrava-se ativo, determinado e com excelente capacidade funcional. Na ocasião da entrevista era o cuidador principal de sua esposa, a qual apresentava o diagnóstico de mal de Parkinson. Nota-se, nessa circunstância, a relativização do comportamento socialmente esperado, isto é, que a figura feminina, nesse caso alguma filha ou irmã, assumisse os cuidados de sua esposa.

Eufrásio (84 anos) foi o idoso com mais idade entre os participantes, e de maneira perceptível o que expressou maior dependência. Seu desejo para retornar ao Nordeste era imenso. Entretanto, a filha (cuidadora) afirmou sua total incapacidade para viver sem o suporte familiar. Inclusive no dia em que a entrevista foi agendada, ele não estava conversando com a filha; haviam discutido. Segundo ela, porque ele teimosamente insistia com o assunto do retorno à Bahia. Eufrásio comentou no decorrer de seu depoimento:

Já estou com vontade de voltar pra trás porque nós já deixamos uma roçinha lá... ainda. Às vezes com um mês deve fazer algum gosto a natureza né?

De fato, a vinculação afetiva e essencial em relação à comunidade de origem exprime o pouco interesse do idoso em estar na metrópole paulistana. Embora sua saúde requeira atenção e cuidado familiar, ainda prevalecem as identificações e interesses com o coletivo que deixou para trás. De acordo com Durham (2004),

esse conceito de comunidade não se refere a um tipo de formação ‘comunitária’, diversa da ‘societária’, mas sim a unidades territoriais de tamanho limitado, onde se realiza a vida social cotidiana. [...] Os mesmos elementos do conceito ‘clássico’ de comunidade estão presentes: espaço e interesses comuns, sentimento de pertencimento, participação numa mesma cultura. (p. 224-225).

Provavelmente, em seu imaginário, com intuito de facilitar seu retorno às suas terras, notou-se sua disposição para minimizar sua condição de saúde. Sua única queixa, indiretamente, referiu-se ao *problema da próstata*:

De novo o problema da próstata, o tratamento foi com a força de 220v! Então, eu fiquei muito ressecado, parece que torrou o intestino por dentro! Eu não obro, tem vez que eu passo quatro a cinco dias sem obrar! [...] Quando faço é aquele pouquinho!

No caso de Mariana (76 anos), as recomendações médicas e prescrições medicamentosas, segundo ela, foram corretamente adotadas. Porém, quando interrogada acerca de sua depressão, diz que nunca tomou remédio para essa questão.

Eu rezo e peço a Deus! Ela vai embora, depois volta, vai embora... É que nem um rio, ele fica com a água muito baixa, na hora que a água vem enche! Assim é a depressão comigo [...] Depois que meu marido morreu, eu tô assim, meu Deus!

Conforme Minayo (1988), os indivíduos que apresentam fé cristã tendem a colocar em Deus a causa primeira e a cura de seus problemas de saúde. Ademais, muito provavelmente, seja um processo difícil a idosa reconhecer sua depressão como um problema de saúde tratável. Até mesmo porque o problema perpassa essencialmente por aspectos emocionais, ao invés de aspectos físicos; e como já dito anteriormente é no corpo, através da dor, que culturalmente a doença tende a ser reconhecida.

Rinaura (73 anos) mostrou-se poliqueixosa no decorrer de toda entrevista. Em parte pela sobrecarga por cuidar do marido e, por outro lado, em virtude de sua condição de saúde. Ela contou que recentemente a ACS que os acompanha insistiu para que ela agendasse uma consulta médica:

A gente tava dizendo porque a senhora não marca uma consulta pra senhora também, a senhora só marca pro seu Otávio¹⁵ e não marca uma consulta pra senhora?

Ela responde: *Porque eu tenho muita coisa pra fazer!*

Em contrapartida, referiu-se aos seus problemas de forma amargurada: *Eu que acompanho (ele)! Tem dia que eu também não amanheço muito boa, sinto muita dor nos meus ossos.*

É um fenômeno frequente nos últimos tempos, o(a) cônjuge idoso(a) ser o(a) cuidador(a) familiar, especialmente quando se trata de esposas cuidadoras. Faz parte da figura feminina a provisão de cuidados, uma vez que há uma expectativa social que a mulher assuma esse papel. Por outra vertente, embora o alcance da longevidade e o avanço dos recursos médicos e farmacológicos representem uma conquista, as doenças crônicas, incapacidades e perdas de autonomia fazem com que o idoso dependa cada vez mais de cuidados familiares. Para Silveira et al. (2006), é comum os cuidadores relatarem cansaço, desgaste, depressão, somatizações e revolta. Inclusive os autores chegam a mencionar que é crescente o número de pesquisas que investigam o quanto o desgaste, devido ao número excedente de atividades, pode comprometer e causar danos à saúde do idoso cuidador.

¹⁵ Nome também fictício.

Quando questionados acerca do que lhes faltava para obter melhores condições de saúde, em maioria, apresentaram pouca elaboração ao refletir sobre esse aspecto. As respostas estavam inclinadas “ao impossível” – à cura de seus problemas de saúde. De maneira imediatista, frouxa e utópica expuseram suas opiniões.

Eu acho que não tem pra esse meu caso! Eu acho que não tem, só esse mesmo pra acalmar, pra evitar de sofrer, né? De sentir... De ser atacado e não sendo isso... eu acho que não tem mais outro jeito não! (Sebastião, 79 anos).

O melhor se passasse mais essa dor dos meus ossos; o que acaba muito comigo! Essa dor nos meus ossos, essa dor acaba muito comigo! Tem dia que eu ando porque tem que andar. (Rinaura, 73 anos).

Quando interrogada com relação ao que seria necessário para passar sua dor, isto é, qual postura deveria ter, Rinaura respondeu: *Passar no médico e fazer uns exames, né?*

Por conseguinte, percebeu-se que ela evidentemente sabia qual seria o modo mais eficaz para melhorar sua condição de saúde. Todavia, diante de sua extrema dedicação ao marido, essa não foi a primeira ideia que lhe veio à mente.

Enquanto isso, Mariana (76 anos), por trás de uma resposta instantânea, queixou-se em relação às restrições alimentares. Muito provavelmente, somente agora, em um estágio vital mais avançado, ela tenha poder aquisitivo para comprar determinados itens alimentícios que, em outras épocas, não tinha fácil acesso e condição financeira para tal. Para ela, a valorização da alimentação adequada, a dieta, parece soar mais como um castigo do que um benefício. Em verdade, um dos desafios para lidar com o envelhecimento está justamente em rever o estilo de vida do idoso.

[...] Se o diabetes terminasse por uma vez... Por a pressão não! Por a pressão eu não como sal! Eu queria comer as coisas que eu vejo! Vou no supermercado, tenho dinheiro, vejo uma bolacha recheada, uma coisa assim... Fico 24 horas só aquela bolacha de água de sal, só direto aquela... só isso que eu me sinto mais agoniada... é com isso!

Eufrásio (84 anos) entre risos respondeu:

Principalmente o dinheiro! Agora, ainda peço a Deus que não me de fortuna! Só quero que Deus me dê a minha saúde e coragem e que não falte o meu pão de cada dia.

Vale salientar que, dentre todos os depoentes, Manelito (69 anos) se diferenciou perante os demais. Além de ter tido maior educação escolar, demonstrou também ser mais articulado, pró-ativo e informado. Suas respostas permitiram essa impressão.

Eu acho que normalmente só mesmo mais visitas, tal... Palestra, tal... Que isso aí é muito importante! Mas acho... na minha saúde no momento, eu não tenho como dizer que eu tô sentindo assim... problema... Não! Eu sinto vontade é de fazer! É de andar! [...] É muito importante incentivar de algumas coisas, que às vezes pode aparecer, né? Que antes... Espero que não apareça!

Sua asserção assumiu um caráter diferenciado, afinal ele espontaneamente mencionou a utilização e valorização da ESF, implícito em sua narrativa.

Por fim, em todas as narrativas, permaneceu a centralidade na doença, suas consequências e o temor da incapacidade funcional.

7.4 ASPECTOS DO CUIDADO EM SAÚDE E AS ESTRATÉGIAS E RECURSOS UTILIZADOS PARA LIDAR COM O ADOECIMENTO

A influência do modelo biomédico, de caráter reducionista, pode ser reconhecida através das narrativas dos idosos. Destaca-se, também, a representação do papel do médico que parece ter em mãos a solução absoluta para o cuidado em saúde. Em alguns casos parece até mesmo que o indivíduo está isento de responsabilidade e compromisso, delegando ao “outro” (médico) a reversão de seu estado de saúde.

Deve-se considerar que os sujeitos deste estudo fizeram parte de um processo histórico, no qual a medicina, enquanto prática hegemônica, era exclusivamente responsável pela normatividade morfofuncional. Nesse sentido, pode-se pensar que a partir dos contextos de vida e particularidades culturais, aqui referenciados, ainda predomine, substancialmente nesses idosos, a representação social do médico como detentor de um saber especial, caracterizando-o como principal responsável pela “arte de curar”, ainda que esses profissionais fossem raros de serem encontrados em suas trajetórias de vida. Concomitante com essa representação acerca do médico e da medicina, há nos relatos importantes referências ao difícil acesso ao sistema de cura oficial e hegemônico, especialmente quando residiam em seus locais de origem. Tal dificuldade pode favorecer o exercício de uso de outras estratégias de cura, como o uso de ervas que já foi citado.

Não tinha esse negócio de médico! [...] Médico e carro que transporta aqui, não existia não! Era difícil! [...] Era sessenta quilômetros pro socorro, e era montado num jegue ou num burro porque carro não tinha... (Eufrásio, 84 anos).

Retornando à temática, Neri et al. (2004, p. 24) consideram que “a medicalização da velhice pode resultar no controle social dos idosos por meio da definição médica, manejo e tratamento.” Nessa direção, as narrativas dos participantes caminharam fielmente de acordo com a asserção da autora.

E quando ele tiver doente procurar um recurso. [...] O médico. [...] A senhora¹⁶ vem aqui, eu vou no posto... é recurso pra saúde! Pra não morrer a mingua, né? (Eufrásio, 84 anos).

É procurando um médico, né? É procurando um médico e tomando o remédio direitinho. (Rinaura, 73 anos).

Quando se pergunta qual o cuidado ideal para a saúde, sua resposta não é muito divergente.

O cuidado perfeito é a pessoa passar no médico sempre, passar no médico fazer o exames, né? E tomar os remédios que for preciso.

É ir no médico e tomando remédio, né? E cumprindo a promessa deles que eles marcam nas consultas, como é que a gente deve... Tomar os remédios. (Sebastião, 79 anos).

Em relação ao cuidado perfeito da saúde, Sebastião respondeu: *Eu acho que o perfeito é quando a gente tem cuidado e toma os remédios e melhora mesmo de tudo, né?*

De acordo com os depoimentos acima, o cuidado em saúde está concentrado no saber dos médicos e na eficácia das medicalizações prescritas. Neri et al. (2004, p. 24) corroboram ao mesmo tempo que aprofundam o raciocínio:

¹⁶ O idoso, nessa ocasião, reconheceu a pesquisadora como alguém que pudesse oferecer subsídios para o cuidado de sua saúde.

A construção social da velhice como um problema médico focaliza as doenças do idoso conforme a prática clínica. O modelo médico define os problemas básicos da velhice, tanto biológico como social e ao associar enfermidade à velhice faz a sociedade manter imagens da velhice como patologia ou anormalidade.

Um possível caminho é a consideração que as narrativas dos idosos estão, pelo menos em parte, subordinadas ao saber dos médicos¹⁷. Entretanto, há de relevar que a informação médica não é necessariamente o bastante para que os idosos se conscientizem de seus problemas de saúde e se tornem responsáveis por eles. Afinal, os valores sociais e culturais estão imbricados nesse processo; não sendo portanto uma questão meramente de trato biológico.

Enquanto isso, Clotilde (64 anos) manteve seu discurso, já mencionado anteriormente, de que determinados sentimentos e emoções podem provocar danos à saúde.

Cuidar da saúde? É a pessoa... Assim, num ficar mais pensando em tudo na vida, porque você sabe, a pessoa que pensa muito, adoece. Fica muito... percebendo as coisas! [...] Fica preocupado por pouco, adoece!

Minayo (1988) em seu estudo identificou, através de seus depoentes, os mesmos aspectos apontados por Clotilde. Para a autora, de acordo com os depoimentos obtidos, o domínio psicossocial é proeminente nas inter-relações familiares, de vizinhança e de trabalho, sendo considerado prejudicial à saúde.

Mariana (76 anos) e Manelito (69 anos) convergiram em suas opiniões:

¹⁷ Destaca-se que a pesquisadora contactou os idosos participantes ao ter a colaboração dos profissionais da UBS. Portanto, este pode ser um viés presente neste trabalho, contribuindo para que os entrevistados enalteçam a importância das condutas médicas e farmacológicas.

Como é cuidar da saúde? É a pessoa saber se alimentar, não comer tudo que vê [...] (Mariana).

Em realidade, outra vez há sua projeção para responder à pergunta. Da mesma forma que em situação anterior, ela realizou comentários sobre o quão difícil era manter sua restrição alimentar, a qual certamente foi uma recomendação médica. Essa mudança em sua alimentação é de tamanha magnitude e lhe causa tanto desagrado que, mesmo ao responder acerca do perfeito cuidado em saúde, ela prosseguiu com a mesma argumentação.

O que eu não posso comer eu não posso comer! Cuidar da minha saúde, só isso! Não posso comer gordura, não posso comer salsi... salsi... Aquele negócio de carne de porco, não posso comer que tem...

Por sua vez, Manelito (69 anos) desdobra o raciocínio da idosa de forma complementar, sendo também inevitável sua projeção.

Olha, em primeiro lugar ele tem que reservar a alimentação, que muitas coisas vai pela alimentação [...] Inclusive sabe que a saúde entra pela boca, né? Que muitas coisas... Pra começar: fumar e beber! Isso aí... O cara tá se estragando de graça! Eu fiz muito isso!

De forma empolgada ele prosseguiu com seu depoimento. Nota-se a presença de algumas crenças e comportamentos particulares, que talvez possam até mesmo estar relacionados aos seus constructos socioculturais.

Cuidar muito bem da própria... Pela assim, vamos dizer... tomar um banho que é muito importante na pessoa. Se ele sempre puder tomar uns três banhos por dia não faz mal. Trocar de roupa é muito importante, porque a roupa molha de suor, ela passa

por um lugar, ela vem por outro, passou em num sei quem... Você não sabe o que pode ter acontecido, então são partes importantes.

Quanto ao cuidado ideal, se estenderam as precauções.

Óia... o cuidado com a saúde... Tem muitas coisas que você não pode usar, porque vai atrapalhar sua saúde. Então, você tem de evitar. De comer alguma coisa que vai lhe fazer mal. Beber, você sabe que é uma coisa que vai lhe fazer mal! Tem produto que você vai tomar não que seja... sei lá... Quantas pessoas as vezes até morre envenenado porque ele não prestou atenção, o que ele foi tomar uma coca, uma água lá... vamos ver o que tinha dentro, o que ele usou... Porque o copo que você toma mesmo assim efetivo, mesmo assim você ainda tem que cuidar dele, vê direitinho se ele tá limpo, e aquele que você não toma que às vezes chega na casa do outro pra tomar água assim... Aí você fica mais... querendo saber daquele copo por onde ele veio, o que passou... Às vezes cheira... vê se sai algum cheirinho, alguma coisa... Então, eu acho que isso aí é um cuidado que a gente tem que ter nessa parte!

Por outro, todos os idosos consideraram-se unicamente responsáveis pelo cuidado de sua saúde.

Quem tem que ter cuidado da minha saúde sou eu! Se eu não tiver, ninguém vai ter, porque ninguém sabe o que eu estou sentindo. (Rinaura, 73 anos).

Alguns atribuíram esse cuidado também a Deus: *Por minha saúde é Deus!* (Eufrásio, 84 anos).

Com relação ao uso de medicações, alguns disseram ter, às vezes, dificuldades para lembrar os horários. Sendo, portanto, necessário contar com o apoio de algum familiar.

Eufrásio (84 anos) disse que sempre se lembra. Contudo, quando questionado se nunca esquecia, ele respondeu: *O horário de vez em quando. Esqueço o horário de tomar.*

Mariana (76 anos) recordou-se de sua dificuldade com as medicações no período em que chegou em São Paulo.

De primeiro eu esquecia, mas agora não! Agora já tô... Já acostumei! A gente fica num lugar a gente vai acostumando com as coisas... eu cheguei aqui, eu chegava toda... Não sabia por onde que eu andava, porque lá é uma coisa e aqui é outra e agora já está tudo no caminho certo.

Apenas duas idosas relataram dificuldades, pouco surpreendentes, para o autocuidado em saúde.

Eu tenho; eu tenho um pouco! Mas tenho se eu for... como se diz... se for num dia que for preciso ir pro médico, eu for no dia dele também ir pro médico. Pronto tem de perder! É mais fácil perder a minha [consulta] do que a dele, porque a dele é como se diz... é um tratamento que tem que ir, não pode descuidar do tratamento dele. Esse soro que ele toma tem que ir, marcou tem que ir. A consulta do médico, marcou tem que ir! O exame de sangue tem que ir! (Rinaura, 73 anos).

Sobre isso encontro. Porque eu olho as coisas e não posso comer! [...] Você sabe, eu pego meu dinheiro, pago as minhas contas, chego no açougue, vejo peito de frango, peixe, só aquilo ali. Olho pra aquilo ali... ‘O coisa gostosa!’ – Mas, não posso comer aquilo, aquilo me... (Mariana, 76 anos).

As dificuldades expostas não apresentaram nenhum caráter inusitado. Até mesmo porque foram aspectos referenciados praticamente ao longo de toda a entrevista. Rinaura admitiu dedicação exclusiva aos cuidados do cônjuge e Mariana demonstrou o quanto não é fácil resistir às “tentações” alimentares, dando seguimento à dieta prescrita por seu médico.

A esse respeito, Mariana representa a proporção do desafio para modificar o estilo de vida nessa etapa do ciclo vital. Há também um outro elemento importante nesse processo de migrar para São Paulo: hábitos alimentares característicos da região

nordestina, geralmente, são revistos pelos profissionais de saúde, os quais, em algumas circunstâncias, drasticamente restringem determinadas refeições ou alimentos. Nesse sentido, um fator importante por parte dos serviços de saúde é abrir maiores espaços para contemplar a presença dos determinantes socioculturais nas realidades dos usuários, resultando em posturas assistenciais mais respeitosas e menos preconceituosas com determinadas populações (Siqueira et al., 2006).

Eu gostava de comer aquelas rodas de toucinho, comia toucinho assado [risos] e aqueles peito de gado, aquela costela gorda... tem assim uns dois dedos de gordura. Eu adoro comer aquilo! [...] Agora eu diminuí! (Manelito, 69 anos).

Por outro lado, a originalidade se fez presente em alguns cuidados mencionados e postos em prática por alguns depoentes.

Eu gosto muito bem de manhã quando eu levanto, primeira coisa fazer um check-up na boca. Depois uma coisa que eu não faço pisar no chão, eu tenho que tá protegido os meus pés, até meu próprio chinelo... Eu não gosto de por o pé de manhã cedo por cima, dá um tempo ali coloca alguma coisa pra ele esquentar. Parece quando coloca o pé no gelado que a gente já sente que já vai subindo um negócio na gente! E passando daí... é tomar aquele banho, escovar bem os dentes, trocar de roupa mesmo, que é importante, e evitar as comidas oleosas. Essa daí é importante! E eu gosto de comida assim... Só que agora diminuí. (Manelito, 69 anos).

Em diversos momentos da entrevista, Manelito ressaltou a importância da higienização para uma boa condição e cuidado em saúde. Suas ideias estão bastante associadas aos mitos e às crenças populares; mensagens apreendidas em sua trajetória de vida. Em São Paulo, ele ainda tem um cuidado exclusivo:

Vamos dizer... andar de ônibus que seja, quantos tipos de pessoa que sentou naquele banco? Aí eu vou sentar no banco tem... Levanta uma pessoa o banco dele fica quente, eu não me sento naquele banco! Eu fico ali em pé até o banco dele esfriar um pouquinho, não sei porque que eu... Tem gente que... ‘O senhor não vai sentar?’ – ‘Vou sentar... dar um tempo, aí!’

Para Sebastião (79 anos), seus cuidados em saúde são, evidentemente, norteados por suas experiências de vida. Percebeu-se que por trás de sua narrativa estava presente a representação de saúde e doença assentada em uma dimensão biológica e social (Herzlich, 2005). Álcool e “mulher” estavam nivelados em um mesmo patamar.

Eu não bebo! Eu bebia, deixei de beber há muitos anos! Deixei esse negócio de vício de bebida e mulher, já deixei! A gente só encontra enroladas [...] Essas vagabundas também não quero! Aí pronto!

Clotilde (64 anos), embora afirmasse não ter problemas de saúde, relatou quais são as medidas adotadas para seu autocuidado.

Como eu cuido? Comer... Às vezes eu trabalho assim... Para divertir um pouco, que a pessoa só parada adoece, sabe? Sem movimentar o corpo adoece! Eu faço uma coisa, faço outra... Como! Às vezes meia-noite, levanto, faço café, tomo [...] Aqui eu não paro.

Para ela, a representação de saúde está atrelada à alimentação e atividade. Muito provavelmente estas sejam apropriações reflexivas do saber médico (Herzlich, 2005). Entretanto, de forma paradoxal e complementar, não se descarta a possibilidade desses aspectos salientes estarem associados às falas reproduzidas pelo senso comum. Dito de outra forma, no próprio seio familiar, por exemplo, escuta-se desde criança o quão importante é se alimentar e ser ativo para a obtenção da saúde.

Com relação às estratégias e recursos para o cuidado em saúde, prevaleceram nas falas duas especiais considerações. A primeira relacionou-se à medicina popular tradicionalmente nos contextos mais regionalizados. Sendo praticada e transmitida através de gerações, pode ser reconhecida como herança de família. Em outras palavras, a utilização de ervas para chás, emplastos, banhos e outras combinações, apresentou-se como um limitado recurso para o cuidado em saúde nessas áreas em que as ciências médicas e farmacêuticas custaram um pouco mais para chegar e se estabelecer. Assim, os recursos e estratégias eram, majoritariamente, a medicina caseira, as práticas médico-religiosas e, às vezes, as consultas realizadas quando havia algum farmacêutico com maior proximidade local.

Em realidade, pode-se dizer que a medicina popular baseia-se essencialmente no conhecimento empírico. Desse modo, por meio dos contextos socioculturais e dinâmicas próprias, configuram-se os saberes populares.

Siqueira et al. (2006, p. 71) desenvolveram um estudo com o objetivo de identificar as primeiras condutas adotadas pelos indivíduos, antes mesmo de recorrerem aos serviços de saúde. Os autores concluem que

a população, no enfrentamento de seus problemas, utiliza diferentes estratégias num processo de apropriação e construção de saberes. Constatou-se que as pessoas que utilizam práticas populares não se preocupam com a cientificidade dos recursos utilizados no tratamento de doenças e sim com as respostas às suas necessidades em determinado momento.

De forma bastante similar, as práticas não convencionais de saúde se destacaram nas narrativas como recursos legitimados para a solução dos problemas de saúde.

Quando eu tô com gripe [...] Pego um bocado de mastruz, cebola, alho, um bocado de mato, piso e aí como com açúcar! (Sebastião, 79 anos).

Eufrásio (84 anos) foi além, e relatou uma orientação que um dia prestou a uma senhora.

Ela disse: 'É a hepatite!' Que nós conhecia por tiricia. 'A senhora tá usando remédio de médico?' – Ela disse: 'Tô!' – Eu digo: 'A senhora quer parar o remédio do médico e usar o remédio que eu usei e me curei?' – Aí ela disse: 'Deixo!' – Digo: 'É essa erva!' – Ela disse: 'Mas, eu não tenho!' – Fui na roça, na minha roça fui lá arranquei e levei. Ela tá lá, viva e sã!

Tem uns matos que a gente chama fedegoso. Era o que minha mãe ensinou e esse remédio ainda hoje é valioso, ainda não desativou não! É fedegoso, o nome dele. É garrafada! Arranca o pé dele e tira raiz... Tem até a quantidade. Pega 5 pé ou 3 pé. Disse que não era bom número par, 2 ou 4! Pegava a rapadura, raspava ela, jogava na panela e ponhava as pedras pra quebrar. Pedra do chão! Tocava fogo nas pedras. Deixava elas ficarem vermelhas, quando tava vermelhinha as pedras, aí jogava dentro da tigela com a rapadura. Aí derretia a rapadura e jogava o fedegoso. E tomava, vale a pena! (Manelito, 69 anos).

Mesmo atualmente, com o acesso facilitado aos serviços de saúde, esses idosos não dispensam as práticas terapêuticas populares, utilizando-as como medida para os casos mais simples, assim como alternativa complementar frente às prescrições médicas. Dessa maneira, alguns migrantes nordestinos preferem optar pela continuidade de seus saberes populares, tendo como única queixa a dificuldade em encontrar em São Paulo as ervas costumeiramente utilizadas em seus territórios de origem: *Mas aqui não tem nada pra nós fazer chá!* (Mariana, 76 anos).

Entretanto, observa-se que a utilização da medicina popular não é um recurso exclusivo da população nordestina. Pelo contrário, tais práticas estão cravadas no

imaginário popular, o qual reconhece sua eficácia e legitimidade no enfrentamento de seus problemas de saúde (Mandú, Silva, 2000).

Contudo, não houve homogeneidade nas respostas. Rinaura (73 anos), residente durante toda sua vida na zona urbana e também migrante nordestina, se opôs às estratégias populares citadas anteriormente, talvez por ter tido em sua vida acessibilidade privilegiada à assistência médica e farmacológica: *Eu não procurava por essas coisas do mato! Eu não!*

A segunda consideração diz respeito à utilização da medicina convencional, dos serviços de saúde, da ESF.

Eu tenho médico! Vou ali no postinho de vez em quando, quando precisa eu vou no HU, mas... eu vou é no Peri-Peri. Quem me leva é a minha filha, o remédio tudo é aí, no postinho aí! (Mariana, 76 anos)

Rinaura (73 anos), explicitamente, no decorrer de toda a entrevista voltou-se para os cuidados de seu marido, para sua condição fragilizada de saúde e dependência para as atividades da vida diária. Dessa forma, rapidamente respondeu como se não houvesse outras estratégias para cuidar de sua saúde: *Eu tomo remédio! Só não tomo remédio pro ossos.*

Mais adiante relatou a preocupação dos filhos relacionada à negligência com sua condição de saúde:

A senhora não se cuida, a senhora não toma um remédio, a senhora não procura um médico, a senhora não vai pro médico... O menino do Japão mesmo veio: 'Mãe, a senhora passou no médico?' – 'Eu digo não!' – 'Como é que a senhora tá?' – Eu digo: 'Eu tô levando a vida como Deus quer!' – 'A senhora só pode dizer isso mesmo! E pai?' – Eu digo: 'Seu pai tá levando também!' – 'A senhora só sabe procurar médico pro papai, pra senhora a senhora não procura um médico! A senhora não vai

num médico, a senhora não toma um remédio, a senhora não toma uma vitamina, a senhora não toma nada!’ – Eu digo: ‘Não! Dá para eu ir levando.’

Neri e Sommerhaler (2006) destacam um aspecto importante em relação ao cuidado de idosos em família:

Predomina a heterogeneidade nas experiências de lidar com a dependência e o cuidado, em diferentes contextos sociais e culturais. Embora, a piedade filial e a reciprocidade sejam motivos profundamente arraigados no espírito humano, as maneiras de realizá-los podem diferir no tempo e entre indivíduos e grupos sociais. (p. 57).

De maneira unânime, todos afirmaram poder contar com o apoio de familiares. Em maioria são os filhos, especialmente os que residem mais próximos, que se tornaram responsáveis pelo apoio, cuidado e acompanhamento aos serviços de saúde quando necessário.

Essa parte aí faz a quantidade que eu até... Que eles querem que eu esteja em cima e querem acompanhar no posto, vem incentivar eu... ‘Não, você tem que ir...!’ – Eles fazem isso aí direto! Às vezes, digo: ‘Não! Não... eu não estou sentindo nada!’ – Porque aí ele incentiva bastante.’ (Manelito, 69 anos).

Clotilde (64 anos) comentou acerca de sua filha que mora nos fundos de sua casa:

Agora ali é doente de preocupação! Às vezes eu chego, tô meio calada... ‘O quê a mamãe tem?’ – Eu digo: ‘Nada!’ – ‘Fala mãe!’ – Eu digo: ‘Eu não tenho nada! Vou dizer as coisas se não tenho nada!’ – Mas é assim... ela fica muito preocupada comigo!

Além dos filhos, ela destacou a boa relação de apoio estabelecida com seus vizinhos. Para Andrade e Vaitsman (2002), a rede social propicia ajuda mútua, e também favorece, seguramente, o monitoramento do estado de saúde. Isto é, diante de qualquer sinal manifesto, como, por exemplo, palidez, perda de peso, desânimo, a rede funciona perfeitamente como um dispositivo que percebe que algo não está bem.

Tudo é amigo meu! Tudo é bom pra mim! Tudo, tudo! Pois minha mãe quando botou pra adoecer, pra morrer mesmo... todo mundo aqui na minha casa, todo aqui... cuidou da minha mãezinha! Tem duas aqui que eu morrendo devo muito favor a ela.

Para Günther (2009), as características do contexto social contribuem de forma positiva ou negativa para a qualidade de vida do idoso. Sabe-se, por exemplo, que o isolamento social é fator de risco para morbidade e mortalidade, enquanto que o contato social, ao proporcionar conforto emocional e acesso às informações, reduz os fatores de risco.

Alguns dos participantes mencionaram a religiosidade como recurso para o cuidado em saúde. Entretanto, foi considerado somente o plano pessoal e subjetivo da crença, expresso nas orações em suas casas, ou na ida às igrejas. Portanto, rezas e orações foram utilizadas na busca por alívio ou cura de seus males. De acordo com Mandú e Silva (2000), a utilização da religiosidade como recurso para o cuidado em saúde expressa um conceito dominante, através das religiões, a qual relaciona o processo saúde-doença à ordem divina.

8 RESULTADOS E ANÁLISES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Esta última etapa destina-se à análise das entrevistas realizadas com os profissionais integrantes de equipes de SF. A título de reforçar o conceito já apresentado neste trabalho, a ESF, através de seus profissionais membros de equipes, presta assistência integral e contínua às famílias cadastradas nas UBSs. Esses profissionais consideram como natureza de suas práticas o contexto familiar e social da população da área adstrita.

Tratando-se da abordagem de pessoas idosas na ESF, Silvestre e Costa Neto (2003) apontam a importância de se rever continuamente as competências, atribuições e habilidades dos profissionais para a prestação de uma assistência adequada a essa população, valorizando sempre o cumprimento dos preceitos básicos preestabelecidos pela ESF. Para isso, deve-se ter a devida percepção das mudanças físicas consideradas normais e a identificação precoce de suas alterações patológicas, bem como estar atento à presença do idoso na rotina familiar e no contexto da comunidade, como elementos significativos para a manutenção do equilíbrio físico e mental do mesmo.

Partindo-se para o empírico deste trabalho, os profissionais foram bastante colaborativos ao expressar suas opiniões e experiências profissionais que, em muitos casos, se entrelaçaram com suas experiências particulares de vida, essencialmente quando estes também eram nordestinos ou descendentes. A emoção, a nostalgia ou a decepção pelo preconceito experimentado estiveram presentes em especial nos relatos dos ACSs.

Em relação à análise, adotou-se como unidade representante de um segmento os profissionais integrantes de equipes de SF, uma vez que se buscou a valorização do universo simbólico que envolve esse grupo. Em outras palavras, a análise e resultados foram apresentados de acordo com a construção coletiva dos relatos produzidos.

8.1 AS NECESSIDADES DE SAÚDE NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS

Como já exposto em outro capítulo deste trabalho, as necessidades de saúde são extremamente complexas quando se deseja conceituá-las. Há seu reconhecimento enquanto categoria abstrata, quando se tem como caráter fundamental a manutenção da vida. Por outro lado, na área de planejamento em saúde, seu sentido torna-se mais operacional. Nessa esfera, sua conceituação parte do pressuposto da organização da assistência dos serviços de saúde.

Assim sendo, antes mesmo de explorar a temática central pertinente a esta pesquisa, procurou-se saber qual era o entendimento de necessidade em saúde por parte dos profissionais:

Necessidade em saúde, eu reforço; é prevenção, e para prevenir a pessoa tem que morar, tem que se alimentar bem, ter emprego, ter uma ocupação, após isso, se tudo isso funcionar, você prevê, você tem uma prevenção de sua saúde, quando não é o caso, os casos aparecem, as doenças aparecem, a tuberculose aparece, quando você não tem um local adequado, uma alimentação adequada. (ACS 4).

Se você tem um problema socioeconômico, aquilo vai interferir na sua vida de alguma de forma, seja em alimentação que você não vai não poder... É... Moradia e vai atrapalhar no seu corpo, que aí causa doença. [...] Então, aí a necessidades é onde

...você vai procurar um... Onde você procura um meio pra tá se tratando de alguma forma. (AE 1).

Eu acho que principalmente o usuário tem que ser bem acolhido, a principal coisa é a porta de entrada, de qualquer local... uma UBS, um hospital, um PS... Ele chegar e ser bem acolhido, bem recebido, ali já é o caminho pra cura [...] Você ter um lazer, você trabalhar a semana toda, mas você ter condições de num fim de semana você ir num parque, você ir numa praça, você poder ir no cinema, você poder ir no teatro... você sair um pouco daquele estresse, uma boa alimentação que é difícil, né? Muitos tem até condições de ter uma boa alimentação mas, não segue a risca, né? (AE 2).

[...] Você precisa de ter um trabalho, você precisa de ter uma casa, um lugar adequado pra morar, um lugar onde eu tenha saneamento básico, onde eu tenha acesso a um serviço de saúde... [...] Pra poder viver o básico, né? O básico do básico! (Enfermeira).

Então, educação é uma necessidade em saúde, a distribuição de renda é uma necessidade de saúde! Hoje você... Eu não consigo mexer com essas coisas diretamente, mas eu vejo essas coisas como necessidades de saúde. (Médico).

Os depoimentos anteriores reforçam um dos aspectos levantados pela literatura: a manutenção da vida foi prioritariamente evidenciada nas narrativas. Em verdade, os profissionais abordaram de forma sobressalente carências de base relacionadas às desigualdades sociais existentes em território brasileiro: alimentação, moradia, saneamento básico, educação e trabalho. As necessidades em saúde para os entrevistados perpassaram por condições de precariedade social dos usuários dos serviços.

Barata (2009) contrapõe o supracitado ao questionar se: “ser rico faz bem à saúde?” A autora propõe uma pertinente reflexão:

As desigualdades sociais em saúde são manifestações de determinantes sociais do processo saúde-doença. Os desfechos de saúde não são específicos a nenhuma causa particular, mas o resultado de processos sociais nos quais interferem inúmeras mediações. Portanto, nenhuma resposta médica resolverá o

problema, nem intervenções que enfatizem o estilo de vida concebido como fruto de escolhas individuais. O enfrentamento das desigualdades sociais em saúde depende de políticas públicas capazes modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas. (p. 53).

Além da centralidade na carência social que se expressa nos indivíduos e em suas famílias, outros dois aspectos mencionados nos depoimentos como necessidades em saúde foram: a importância da busca de assistência médica e também o acolhimento adequado nos serviços. Alguns entrevistados reconheceram estes como fatores desencadeantes de produção de saúde; favorecendo, portanto, a conservação da vida.

De todos os profissionais entrevistados, a ACS 2 foi a única a considerar necessidades em saúde de modo operacional, refletindo sobre a organização da UBS e a qualidade da assistência prestada diante das limitações materiais do serviço. Ademais, ela externalizou a questão para além dos muros da UBS, ao relevar a desvantagem de sua localização, dificultando, assim, o deslocamento dos idosos e, conseqüentemente, sua adesão às atividades propostas:

[...] Os recursos que a gente não tem e que a gente se desdobra em conseguir... [...] Nós precisamos, digo assim, materiais didáticos pra gente fazer grupos, local pra isso... sair fora do posto de saúde. Nosso posto de saúde tem a desvantagem de ser no topo, né? A topografia dele é horrível pra nós! Porque tem muitos idosos na área mais extrema do posto, lá embaixo na equipe amarela, na parte verde, um pouco na azul... muitos idosos, muitos acamados e o posto fica na outra extremidade, né? Aqui em cima, nós estamos falando de recursos de ônibus urbanos, nem que eles quisessem a maior dificuldade de vir de ônibus, ficar 45 minutos sentado no ponto do ônibus, pra pegar um ônibus, pra vim pra subir pra cá, inviável! Eles acabam não vindo! Então, essa parte pega muito a gente e outras coisas...

Após as colocações referentes à compreensão de necessidades em saúde, os participantes prosseguiram com a entrevista, e de forma expressiva consideraram notórias as distinções entre os idosos migrantes nordestinos, quando comparados com os demais idosos da comunidade:

Os que moram aqui já realmente pegaram o sistema de São Paulo. Tem emprego, tem postos perto, né? Tem orientação, tem a comunicação... Então, eles estão muito mais informados do que os que migram. Os que vem tentar a vida aqui, uns são para sair da miséria e outros para visitar famílias e já vem doentes porque lá não consegue, tudo é muito mais difícil! Pra ver a doença aqui, se tratar aqui, e nem sabe no entanto, o que tem! Só quando passam em consulta é que descobrem que são diabéticos, que são hipertensos, que estão com câncer adiantados...Papanicolau em mulheres... São partos feitos em casa, as mulheres nunca fizeram papa e assim, períneo, muitas mulheres vem do norte para cá para fazer períneo, porque tiveram muitos filhos em casa e com o tempo sua bexiga acaba se deslocando, o útero. Então, elas se tratam e voltam, porque não consegue se adaptar ao sistema agitado de São Paulo. Já tem uma certa idade... e assim, só mesmo para tratamento. Mas saem muito bem informados, quando eles frequentam São Paulo, eles têm uma visão melhor de saúde. Sei lá se eles cobram o que viveram aqui, no Estado em que eles vão, o mesmo procedimento. (ACS 4).

O AE 1 sinaliza uma distinção:

Dessa unidade eu vejo que eles têm mais conhecimento em relação a suas próprias doenças e o migrante ele já não tem tanto conhecimento. Porque vive em outra realidade, né? É outro meio que não tem tanto... [...] recursos pra saúde lá, onde eles mora. (AE 1).

Os profissionais evidenciaram o desconhecimento, quase natural, que muitos idosos migrantes do NE apresentam em relação à própria condição de saúde. Segundo os entrevistados, a carência de recursos, a falta de conscientização e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde são elementos indicadores das diferenças questionadas.

A mudança dos hábitos de vida deles... Já vai mudar de forma muito radical! Eu acho que eles sentem isso! E até assustam! De certa forma assusta com certeza. Porque eles estão acostumado a lidar no pasto, a matar galinhas, tomar as ervas que eles costumam fazer, ou mesmo passar folha para poder curar alguma coisa, até totalmente contrário! Tem práticas esportivas, medicamento... O médico acompanhando, a equipe de saúde da família acompanhando... Então, de repente... Então, ele se acha a primeiro passo invadido; uma vez que chega alguém na casa dele, eles já correm. 'O que será que eles veio fazer aqui sempre em casa, né?' [risos]. (ACS 3).

Então, aqui quando ele chega pra você fazer que ele mude um pouquinho esses hábitos alimentares principalmente, é muito difícil! É muito difícil... tem que fazer vários acordos, não dá pra você é... a mudança de hábito de vida é muito difícil! Muito mesmo! [...] Eu lembro, acho que até comentei com você, um senhorzinho que eu nunca vou me esquecer... que depois de várias e várias e várias consultas, ele veio me falar: 'Enfermeira, eu preciso te contar [risos]... no meu café da manhã eu como mel com farinha!' [...] E ele era do Ceará é... e ele era diabético, era hipertenso... Era aquela diabete! (Enfermeira).

Por conseguinte, o idoso migrante inserido no processo de mudança espacial, ao sair do NE deslocando-se para o município de São Paulo, carrega consigo visões de mundo e experiências de vida, distintas da pluralidade da nova conjuntura, essencialmente no que se refere às necessidades e cuidado de sua saúde. Logo, a produção de ressignificações é inerente ao processo, sendo válida tanto para o idoso migrante quanto para o profissional que vai atendê-lo. O desencadeamento de tensões nesse encontro pode ocorrer à medida que o profissional esteja menos apto a decodificar os sinais e sintomas do idoso migrante. Nessa circunstância, se a compreensão e valorização cultural por parte dos profissionais de saúde não forem consideradas, esse encontro apresentará comprometimentos para um efetivo cuidado. Em outros termos, pode-se dizer que é basilar a qualidade da comunicação e da interação – profissional e idoso migrante; ora seja fato, a nítida existência de diferentes produções de significados em ambos os lados.

Portanto, aspectos como alimentação e atividades físicas, por exemplo, devem ser abordados de forma que o idoso migrante do NE tome consciência da importância e sinta, dentro do possível, de forma menos agressiva e de maneira mais confortável, o impacto ao mexer em seu estilo de vida.

O médico entrevistado, através de sua experiência, complementou o exposto:

Lá também tem uma barreira cultural que ainda é maior. Você às vezes tem é... As diferenças de linguagem que já são até conhecidas que pra eles são... Acho até interessante quando eles vêm contar 'gastura', que é desde coceira na cabeça até unha encravada passando por todo o corpo. [...] Eles têm que se mostrar um pouquinho, né? As crenças, a cultura regional e mesmo você sente que às vezes eles vêm acompanhado de um filho ou alguém que traz eles, né? [...] Às vezes os parentes vem pra cá pegam essa cultura de ir ao médico pra fazer a revisão e aí os velhinhos vem esbravejando que tá bem, que tá... 'quero voltar logo!' pra casa dele lá no nordeste... [...] E acho que tem a linguagem que é uma barreira cultural e uma barreira de comunicações deles; e acho que tem a relação... acho que serviços de saúde do nordeste talvez tenha a ... uma relação um pouquinho diferente também de, de médico e paciente. Eu tenho uns colegas que passaram um tempo no Ne, eles são muito imperativos lá em termos de comunicação. 'Faça isso, faça aquilo, faça, faz num sei o quê...' E a gente não tá acostumado com isso, pra gente é ofensivo até!

As condições de produção e circulação das representações sociais são alicerçadas genericamente no tripé: cultura, linguagem e comunicação. A realidade pesquisada neste trabalho permitiu o reconhecimento das representações sociais ao notar os valores, modelos e invariantes culturais; comunicação interindividual e institucional; contexto ideológico e histórico; inserção social dos participantes, considerando sua posição e filiação grupal; bem como a dinâmica das instituições e dos grupos concernentes (Sá, 1998). Tanto os idosos quanto os profissionais de saúde compartilharam, através do desdobramento de suas narrativas, representações sociais

que tenderam à convergência; à medida que foram reconhecidas as várias distinções e produções de sentidos entre as regiões: NE e SE.

As necessidades em saúde que foram mencionadas estão diretamente relacionadas às limitadas condições operacionais dos serviços públicos de saúde no NE. Muitos idosos migram para São Paulo com o objetivo de terem suas necessidades em saúde atendidas pelos serviços, e, para isso, contam, fundamentalmente, com o apoio e suporte familiar para se deslocarem e serem amparados diante das necessidades sentidas. De certa maneira, o acesso e a acessibilidade podem denunciar uma carência dos serviços de saúde no NE, ou seja, garantir a saúde como direito constitucional torna-se um tema complexo e ao mesmo tempo delicado; ou ainda pode-se considerar o quão complicado ou difícil é a busca pela assistência, sem o suporte de seus familiares.

Por outra vertente, o médico e demais profissionais entrevistados relataram as distinções e dificuldades, em termos contextuais de adaptação, desses idosos no município de São Paulo:

O que às vezes me dá a impressão é que quando as pessoas estão aqui, eles são idosos... estão na cidade há mais tempo, como eles estão mais ambientados, às vezes têm algumas coisas que eles já sabem como conseguir, onde buscar. [...] E os outros [idosos migrantes] se eles têm familiar aqui, parentes... às vezes eles vêm pela mão, né? [...] Os que são daqui já conhecem os trâmites, conhecem os macetes da cidade, das pessoas, do local! Os que tão... Os que ficam dependentes dos filhos são os que sofrem muito! [...] Eles vêm pela mão, você até vai entregar a receita pra ele, quem pega é a filha: 'Ah, daqui!' Então... aí quando eles vêm sozinhos.. às vezes é um... As necessidades que você enxerga... É... porque também tem isso... as necessidades que você enxerga e as que eles percebem. [...] Às vezes você olha e você fala assim: 'A maior necessidade de cuidado dele agora é uma rede social, é algo familiar!' [...] Porque pressão alta, ele tem há quinhentos anos! (Médico).

Essa narrativa corroborou dois interessantes aspectos: as dificuldades do migrante, nesse caso uma dificuldade ainda mais intensa por tratar-se de um indivíduo idoso, e a importância da rede familiar e social.

Estar distante de seu território, fora de seu *contexto sociocultural de origem*, restringe suas possibilidades de independência, além de, para muitos, poder ser custoso o processo de adaptação na metrópole, assim como as implicações de uma nova reconfiguração do seu *modus vivendi*.

Nessa direção, a cultura se fez presente e registrou seus contrastes:

Eles se diferenciam na forma de tratamento. Tem uns que não conseguem se tratar por sua cultura, porque eles já cresceram com aquilo e os daqui eles já conseguem se adaptar! [...] Já vem de uma cultura de lá, né? Então, eles também conseguem mas, aos poucos também. É se adaptar! (AE 1).

Quando questionado se a adaptação é um fator fundamental para lidar com as necessidades em saúde, ele acrescentou:

É, facilita! Porque na verdade já vem de uma cultura e você vem pra uma outra cultura, e você mudar sua cultura você não consegue! Você consegue se adaptar aquilo, pra conseguir sobreviver melhor. [...] Eu quero dizer assim... Se você tem... Se tem é... Uma cultura, você sempre vai seguir aquela cultura, você vem pra uma outra cultura você vai tomar um choque, né? [...] Então, aquele que vem de fora já é mais complicado você tratar, você já tem que tentar adaptá-lo de uma outra maneira. E o que já vive aqui, ele já... Ele também tem a cultura dele; só que eles se adaptaram ao recurso de saúde!

Dito de um outro modo, a cultura de cada idoso se faz explícita no encontro com o profissional de saúde; as produções de significados acerca das necessidades de saúde designam impressões diferenciadas de mundo (Couto et al., 2009b).

A ACS 5 complementou o raciocínio ao pronunciar que os idosos não migrantes apresentam maior adesão às atividades oferecidas pela UBS:

As pessoas que participam são aquelas que já vivem aqui há mais tempo! [...] Elas aderem mais, são mais participativas!

Por outro lado, o depoimento da enfermeira tende a reforçar as diferenças em necessidades em saúde, ao destacar a desigualdade e limitação nos serviços do NE quando comparados com os do SE. A oferta de serviços e a pluralidade em termos de atenção no município de São Paulo surpreendem bastante os idosos migrantes:

É muito diferente! Eu acho que pra eles a necessidade é... eu passar no médico e receber uma medicação e ponto final pra mim! O fazer o exame então... nem se fala! Que é o top da coisa, né? E é bem diferente! [...] E já o daqui, ele acha que tem maiores direitos. Então, eu tô aqui tô na minha terra, tô no meu lugar, tenho muita coisa pra exigir, até mesmo do serviço de saúde. Ele num... ele num tem inserção assim... 'Bom, essa unidade de saúde faz... E é minha, eu posso vir aqui a hora que eu quero!' Não, ele tá sempre... da impressão de que tão me fazendo um favor, porque eu não sou daqui, né? Eu tenho essa sensação de que eles não exigem muito, o que você oferecer tá bom! Não! Não, é uma coisa assim! 'É um direito meu de ser cidadão, tô aqui...' Independente de onde veio, já tô aqui há tanto tempo e faz parte...

Vale destacar que, independentemente da atribuição profissional desempenhada na equipe, os entrevistados apresentaram oportunamente posicionamentos similares com relação às diferenças em necessidades em saúde, quando compararam idosos migrantes de não migrantes.

Dos nove entrevistados, apenas três afirmaram não haver diferenças em relação às necessidades em saúde na comparação realizada. A seguir tem-se uma narrativa que sintetiza a opinião evidenciada por estes:

[...] *Eu acho que não, eu acho que são iguais! Tanto os que tãõ aqui, tanto os que estão chegando! As necessidades deles são iguais, é dificuldade em agendamento com a consulta, dificuldade com a marcação de exame... Às vezes, muitos esperam dois, três meses para conseguir um ultrassom, pra conseguir um ortopedista, pra conseguir um dermatologista, um hospital...* (AE 2).

Novamente percebe-se a manifestação dos problemas operacionais, os quais apresentam limitações relativas às ações para o atendimento das necessidades demandadas.

8.2 O CUIDADO EM SAÚDE DOS IDOSOS MIGRANTES NORDESTINOS: UMA AÇÃO DIFERENCIADA?

O processo de envelhecimento traz consigo as necessidades de cuidados com a saúde, a importância das relações, da solidariedade social e transgeracional. Por fim, nesta última etapa de análise, os profissionais de saúde contribuíram com suas narrativas ao relatarem/descreverem suas experiências relacionadas ao cuidado à população estudada.

Em especial, traços de personalidade e hábitos sociais dos idosos migrantes foram apontados pelos entrevistados como características favoráveis ao acompanhamento e tratamento da saúde.

Os ACSs, empenhados em suas ações individuais ou coletivas em prol de prevenção de doenças e promoção da saúde, asseguraram que tais qualidades pessoais facilitam a interação individual e familiar; desde que, obviamente, se respeite os valores, cultura e individualidades ao pensar e propor práticas de saúde.

São muito acessíveis, são muito simpáticos! O pessoal que veio... de lá, nossa! [...] Tudo que você fala é como se fosse o médico. Então, você tá falando com ele... assim... atenção é voltada pra você! Tem aquele maior carinho! [...] E tem uma coisa que eu percebo muito, tipo assim... Parece que eles estão te devendo um favor o tempo todo. [...] Então, eles acham assim... é muito pra eles! É como se fosse um presente, que alguém está fazendo alguma coisa... 'Nossa! Você gostou da minha família, você tá fazendo tanto, tanto!' 'Não! Eu gosto da sua família mas, eu faço isso com a sua família, com o vizinho do lado, com...' [...] É o meu trabalho! (ACS 2).

Eles são muito humildes, né? Eles têm até vergonha. Daí começo a conversar com eles; no começo eles têm muita vergonha. São muito tímidos. Aí vai...por enquanto, você vai a primeira vez eles falam pouco, depois que eles vão, né? Se abrindo. [...] Primeira coisa: ele me respeita. Ele me respeita assim... No começo ele é tímido e depois ele vai pegando aquela confiança, ele pegou confiança em mim, pronto! Então, tudo, tudo referido a saúde é comigo. Tem uns que eu tenho que ir mais de uma vez na casa dele. Fala assim: – 'Nossa, você demorou de vim aqui? Tem uma usuária, tem uma senhora, ela tá com 86 anos; ela acha que eu tenho que ir toda semana na casa dela!' Ela fica brava: – 'Aí você não vem aqui?' Eu falo: 'Mas, eu não posso ficar vindo aqui...' (ACS 1).

A visita domiciliar, além de ser uma estratégia viabilizadora de intermediação entre a família e a UBS, assume contornos significativos na formação de vínculo, envolvimento com o serviço e estreitamento das relações afetivas estabelecidas com os ACSs. De acordo com Mandú et al. (2008), há uma valorização da visita ao considerar a conversa, a atenção e o comprometimento profissional. Ademais, ela tem até mesmo o caráter de melhorar a autoestima, a esperança e o bem-estar (inclusive do próprio profissional). Nesse foco, a AE 2 compartilhou sua impressão:

São espontâneos, são alegres, eles são muito alegres. Eles tratam a gente com intimidade, né? Já tratam assim como se você fosse uma pessoa dali da casa. Você chega eles já te recebem com um beijo, um abraço, né? Não é como um... De outra parte que já recebe a gente assim... Às vezes nem recebe, né? [...] Eles respeitam a gente, são bem mais receptivos, né? Eles gostam que você vá até a casa...

Para a ACS 4, o elemento-chave na relação estabelecida é a confiança:

O que facilita é a confiança que eles têm! Pois você já frequenta aquela família há certo tempo e na medida do possível que você consegue resolver o problema daquela família, então eles acham que você pode! [...] Então, eles já vêm na confiança de contactar um ACS para que o ACS possa fazer essa ligação da pessoa com o posto e do posto com estas especialidades e de ter essa facilidade! [...] Para eles que quase não tem nada, e aqui as coisas funcionam com uma rapidez, eles já julgam que para eles é o céu. Eles não querem nem procurar outra coisa a não ser vir para São Paulo e procurar o tratamento, procurar o posto, uma unidade perto da família deles.

Evidentemente, o foco na família favorece a produção social do processo saúde-doença. As ações de cuidado por parte dos profissionais, aliadas ao acolhimento e ao vínculo estabelecido, qualificam a assistência oferecida. A resolutividade das queixas tende à promoção de confiança nessa relação.

Enquanto isso, profissionais com origens nordestinas ou com fortes elos com a cultura do NE, mencionaram não ter dificuldade alguma para lidar com os idosos migrantes:

Eu acredito que eu tenho essas facilidades por eu ser do NE, por eu ter uma história, uma origem...né? [...] Quando fala uma palavra diferente aí eu já sei o que significa! A palavra significa isso... porque eu já conheço; também sou ligada com a questão nordestina, né? Eu não perdi as minhas origens! [...] - Eu falo: Eu não sou daqui! Eu sou da roça! [risos] (ACS 4).

A família do meu marido é nordestina! Então, muitas coisas eu sei dos hábitos... (Enfermeira).

Paralelamente, particularidades culturais originam desafios que, muitas vezes, são solucionados com esquemas de ações estratégicas, discernimento e plasticidade

para o alcance da prevenção, tratamento, promoção e recuperação da saúde desses indivíduos, respeitando, logicamente, suas construções e valores culturais:

A maneira mais fácil de lidar com eles é se aliando a eles, né? De alguma forma! [risos] E tentando se adaptar... Querendo é... Porque é uma conquista que você leva, você tem um costume, você vai ter que tirar é... Diminuir é... Tirar aos poucos e sempre falando: 'Não é melhor fazer dessa forma?' Porque se você for tirar de uma vez, você acaba perdendo o cliente também; e o objetivo não é perder o cliente, é ganhar o cliente! (AE 1).

Com o passar dos anos, você vai arrumando os trejeitos de abordar, de fazer que você pronuncia pra pessoa, porque você não sabe como que você fala pra ela... Você tá ferindo a confiança naquele momento, coisa que vai bloqueando e a ideia não é essa, a ideia... é deixar ela mais falar. Você dá a alfinetada certa sem que ela sinta... No caso dá a vacina sem ela sentir a introdução da agulha. [...] O que que isso vem a fazer? Vem a ganhar sua confiança! (ACS 3).

A diversidade de experiências declama uma necessidade em distinguir as características do idoso migrante, sua dinâmica social e também os elementos intrínsecos ao autocuidado. Substancialmente não há nenhuma divergência com o que a ESF propõe como produção de cuidados (Brasil, 2001). Entretanto, se idealmente esse é o objetivo, é bastante difícil o cumprimento desse preceito.

Em contrapartida à facilidade da relação interpessoal, as narrativas expressaram dificuldades que estão diretamente atreladas ao estilo de vida, hábitos culturais e ao choque contextual que a migração proporciona:

Não é fácil! Mais na... Mais na retirada do sal, né? O cara ou... Tem que começar a fazer caminhada, parar de comer gordura... Eles aceitam... eles têm uma compreensão, não sei se é uma compreensão mesmo que se pode dizer, menor desse aspecto, ou eles não veem, ou talvez eu esteja acostumado a enxergar dessa forma! Cuidado de saúde... a gente fala: uma coisa é você tomar um remédio que tira dor! Se você tem um desses é uma coisa que é muito... Tem uma adesão muito boa, né? E você

toma e tira a dor, tá joia! Agora quando você vai fazer um cuidado de saúde de uma doença que é... Que em termo de prejuízo é um fator de risco, né? Hipertensão, que não dá sintomas, né? Aí é um problema! Às vezes você consegue tratar melhor até quando ele tem uma cefaleia... [...] A pessoa vem quando tá com dor, toma o remédio quando tá com dor... Acho que culturalmente tem muito isso, não sei se é o perfil mais do pessoal que pego... Eu vejo isso, com mais frequência, em pessoas que são do NE! (Médico).

[...] Então, pra você pegar esse idoso com mais de 60 anos e falar pra ele: 'Olha, fumo de corda não faz bem!' É muito difícil! É muito, muito, muito difícil! Então, eu acho que é até ruim mas, você já é um pouco mais descrente. Fala: 'Nossa, ele já é um idoso! Ele já tem os hábitos...' Então, você não vai trabalhar muito... muito aquilo! Você mesmo... eu acho... já cria uma certa resistência, né? Fala: 'Nossa, ele passou a vida fazendo isso, como eu vou mudar isso agora, né?' (Enfermeira).

Não há como negar que o estilo de vida é um determinante de saúde importante.

Alicerçado na cultura e nos valores sociais, esse aspecto pode ser um afronte para os profissionais de saúde que lidam com os idosos migrantes; uma vez que a situação torna-se ainda mais complexa, pois há o confronto com toda uma trajetória de vida constituída/organizada em um território com singularidades que conjugam modos de vida diferenciados. Dependendo da realidade contextual em que o indivíduo se encontra, um sintoma pode ser considerado como patológico ou natural (Groisman, 2002).

A enfermeira, através de seu depoimento, complementou:

Geralmente eles já vem com algumas doenças crônicas, diabetes e a parte de diabetes, hipertensão, algumas coisa assim... E toda parte de alimentação, a resistência... Nordeste a gente sabe que eles não são habituados a comer verdura, frutas, né? Até porque... por não ter essas coisas lá! Então, aqui quando ele chega pra você fazer que ele mude um pouquinho esses hábitos alimentares principalmente, é muito difícil! É muito difícil... tem que fazer vários acordos, não dá pra você é... a mudança de hábito de vida é muito difícil! Muito mesmo! Atividade física... pra eles, o fato deles irem por exemplo, daqui no supermercado... Nossa, já é uma caminhada! Já é uma atividade física! 'não vem falar para eu fazer atividade física que eu já faço!'

Segundo Garcia et al. (2005), os problemas de saúde se manifestam através de sinais e sintomas, e nessa circunstância cada idoso tem seu estilo próprio para vivenciar, interpretar e expor suas enfermidades. Em conformidade à assertiva, deve-se, portanto, valorizar a relação dialógica entre profissionais de saúde e idosos migrantes, visando construir um processo de significação permissivo à narrativa e interpretação numa linguagem compartilhada. Além disso, a formação de um bom vínculo facilita a confiança e a oportuna transparência nesse encontro.

O médico entrevistado expôs sua opinião e particularmente sua habilidade no estabelecimento da relação:

[...] Às vezes você consegue estabelecer relações muito legais com eles! [...] Mas eles têm uma coisa de, de acho que até... quando eles percebem que a relação é diferente, né? Do que era uma relação de médico-paciente que eles estão acostumado... Eles mudam um pouquinho a postura, o jeito... [...] Eu não gosto que me chamem de doutor, né? E alguns deles já falam: 'O senhor, mas você... você é muito novo... mas é falta de respeito!' – Eles entram em conflito, assim.... Isso é divertido! É divertido porque você quer trabalhar um pouquinho o estereótipo e isso é uma coisa gostosa de se trabalhar, eu acho! Você sentir que você é diferente do que eles estão acostumado a viver, de uma forma positiva, né? Isso é bom, é muito bacana e às vezes a... Eles criam relações um pouco mais, quase paternais, familiares assim mesmo que tá... Por mais que a gente queira... isso é gostoso, é gostoso assim... A gente sentir, pegar ele um pouquinho no colo: 'Oh! Fulaninho...'

Já o ACS 3 relatou suas estratégias e percepções acerca do idoso migrante nordestino:

Até ele entender o procedimento médico que vai ser feito... Mesmo os auxiliares e a enfermeira, eles se sentem invadidos. Eles se sentem invadidos no momento. Fala assim: 'Nossa! Pra que esse negócio? Pra que, que eu vou me subordinar a um negócio desse? Eu tenho 70, 60 anos e nunca fui subordinada a isso! Porque que eu vou fazer isso?' Dependendo do momento ali na hora, vai ter que saber tratar e muito

bem! Porque senão ela recua na mesma hora... Dependendo do procedimento que vai ser feito, ela recua na mesma hora. Do mesmo jeito que ela adentrou a sala do consultório ela retorna. [...] Você vai tá quebrando uma rotina de vida. Já de num sei quantos anos, num é num dia que você vai num estalo em alguns casos... [...] Aqui nós trabalhamos com prevenção!’ Até ela entender isso! [...] Ela depende do profissional de saúde; que nem no caso: Ela foi abordada em casa e encaminhada pra unidade, se ela vier no consultório... O tratamento... O profissional vai ter que ter muita destreza pra poder sentir isso, porque adentrou não sabe quem que é o paciente, é a primeira vez que tá vindo... Uma palavrinha falada ela volta pra casa! Não importa a necessidade dela! A pessoa volta embora! Não importa a necessidade dela, não importa! Dependendo o que você falar pra ela, o que tem pra fazer, ela volta! E o tratamento... aí que vem o trabalho em equipe!

Nota-se, através de seu relato, aspectos relacionados ao idoso migrante nordestino, assim como a importância de uma abordagem adequada por parte da equipe de SF. Nessa direção, Silvestre e Costa Neto (2003) acreditam que os profissionais devem ter a desenvoltura para perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam estes de ordem física, mental ou social; valorizando as diversidades contextuais. Em outros termos, a visão sistêmica e integral do idoso migrante, é imperativa para uma adequada produção de cuidados em saúde. Além disso, o modelo assistencial das equipes de SF deve configurar uma dinâmica de trabalho conjunto, em que as competências, interações e habilidades profissionais são elementares para uma atenção humanizada e resolutiva.

De acordo com a enfermeira entrevistada, é fundamental o investimento na formação e aprimoramento do profissional na APS. Segundo ela, é extremamente importante aprender a lidar com os diversos aspectos atrelados às necessárias ações diferenciadas de cuidado em saúde.

Até mesmo pelo entendimento do próprio profissional, né? Aquilo que eu falei pra você no comecinho, não tem na faculdade... não tem ninguém que te diga como lidar com esse indivíduo... como lidar com as diferenças culturais, com as diferenças sócio

econômicas mesmo, né? E com... e com as necessidades, as minhas necessidades não são as mesmas que as suas, né? Então, você aprender a lidar com tudo isso... Eu acho é... e com esse migrante é muito mais difícil! [...] Isso é muito engraçado, porque quando você se forma, você acha que você tem domínio do saber. 'Eu sei!' E você não sabe muito!

Para Silvestre e Costa Neto (2003), o desejo de um comportamento humanizado e competente permanece, ainda, mais na teoria do que nas ações práticas assistenciais.

Quanto à comunicação, observou-se que a conterraneidade é uma característica favorável na relação entre os profissionais e os idosos migrantes. A maioria dos profissionais, especialmente os ACSs, afirmou não ter dificuldades por serem do NE ou conviverem com nordestinos. Entretanto, mesmo assim reconheceram a pertinência de critérios especiais e diferenciados para que haja uma boa compreensão de ambos os lados, minimizando, dessa forma, os possíveis equívocos.

Comigo não tem, porque eu venho de uma família nordestina. Então, eu tenho muito contato com nordestino! Então, você consegue comunicar bem com eles! Agora eu não sei outras pessoas! O médico então, jamais! O médico nascido e criado em São Paulo não vai conseguir... O que é falado, o que dói, entende? E assim quando tem a primeira consulta eles têm uma dificuldade de falar o que dói, o que sente. E eles podem direcionar e se o médico não tiver este cuidado, de pedir para ele mostrar, de apalpar, entra na consulta e sai do mesmo jeito, sem conseguir explicar o que sente, o problema que eles têm. [...] Eles acham que é doença, mas eles não sabem do quê, da onde vem... entende? Eles falam que dói a cabeça... e aí se o médico não tiver esse cuidado, simplesmente passa um remédio para a cabeça! Eles não falam o que sentem, há quanto tempo sentem aquele mal, né? De qual frequência, se após uma alimentação... eles não tem data! (ACS 4).

A profissional ressaltou a importância do papel do ACS nessa ocasião. O elo formalizado com o idoso migrante contribui para a intermediação com os demais integrantes da equipe.

A enfermeira, através de seu conhecimento e técnica profissional, destacou a importância de cautelosamente reconhecer e tatear os significados históricos e culturalmente construídos por esses idosos:

Você não pode usar nada muito técnico, tem que ver o que ela sabe, pra poder do que ela sabe, trabalhar aquilo, né? [...] Na verdade, eles te passam muito mais coisas do que muitas vezes você pra eles, Geralmente, a gente usa muito a família também. Procura ver quem tá mais próximo, se são os filhos... se esse filho é daqui ou veio de lá também... Sabe ler e escrever? Quem tá mais próximo dessa pessoa... E eu acho que é isso! Acho que o ponto positivo é quando você começa a fazer essa parte de comunicação, de lidar... E você acaba ali formando um vínculo, né? A pessoa vê que você tá interessada em ajudar que ela tenha compreensão!

A família quando presente tende a colaborar, facilitando a compreensão do idoso migrante. Nessas ocasiões, o amparo e a cooperação familiar contribuem para uma acomodação mais confortável, propiciando maior segurança no novo território. Em verdade, a ESF, de acordo com seus princípios básicos, busca a construção da corresponsabilidade dos cuidados em saúde, juntamente com o idoso e com a unidade familiar.

Juntamente com a dificuldade comunicacional está o analfabetismo ou baixíssima escolaridade desses idosos migrantes. A desigualdade social assinala na história de suas vidas e de suas origens limitações e influências do contexto, desencadeando consequentemente prejuízos na compreensão de suas condições de saúde.

A comunicação, o entendimento deles... São um pouco mais dificultoso também; porque nem todos os filhos estudaram! Então, geralmente se você está explicando uma coisa, eles falam que está entendendo... Entendendo, mas acaba e... Na verdade ele não está entendendo porque eles estão... Ou eles têm vergonha de se expressar que

não esta entendendo, de dizer porque acha que a gente vai brigar mas, na verdade não! Na verdade, a gente tá ali pra isso, né? Só que eles têm um grau de entendimento e sempre sai com dúvidas, por mais que a gente insista, vê que eles não estão entendendo e se esforça pra eles entender... Eles, às vezes, têm essas dificuldades porque senão expressa que não estão entendendo acaba saindo sempre com dúvida e acaba...Não... Talvez dificultando o tratamento, né? (AE 1).

O médico entrevistado afirmou não ter dificuldades para comunicar-se com os idosos em questão. Entretanto, de forma interessante comentou sobre suas estratégias facilitadoras no atendimento desses usuários, as quais auxiliam na formação de vínculo, reciprocidade na compreensão e adesão ao tratamento:

Não [tenho dificuldade]! Só isso assim... de às vezes uma comunicação ou outra ou quando, quando a pessoa fala... Às vezes, ele também não entende o que você fala, né? Às vezes você fala: 'O senhor tem sentido náusea?' – 'Oh! Meu Deus! Porque que eu falo náusea!' Então, eles ficam até assustados assim... [risos] Sem saber o que que é! Náusea... É uma palavra, eu acho que é corriqueira mas não é! [...] Pra eles em particular, eu acho que é muito importante empatia, né? Empatia de entender o que... o que eles estão passando. [...] Você tentar entender essa linguagem... Não adianta você ficar bravo porque ele não entende náusea, né? [risos] Vai ter que achar é o gorfo! Você tentar procurar os jargões que eles usavam lá... [...] Engraçado, que eu noto também que quando você tem algum conhecimento pequeno da realidade deles no sentido de dizer... Saber por exemplo: Que às vezes você pergunta pro... 'Ah, fui lá voltei, passei uma semana e voltei...' – Aí você pergunta: 'O senhor foi de ônibus ou de avião?' – 'Ah! Eu fui de ônibus!' E a maioria desse velhinhos pega ônibus e eles fazem uma viagem que eu não aguento! Sabe, aí você se solidariza um pouco com ele... então é uma questão de partir pra real... [...] E às vezes é engraçado, você pega uma coisinha de um paciente e usa em outro! Do tipo alguém vem te conta uma coisa, né? De uma hábito, de uma coisa, de um prato, de uma comida e você comenta com outro paciente e ele fica até espantado! Isso vai te dando abertura, o fato da pessoa se abrir, se sentir a vontade pra se abrir... acho que é isso! [...] Às vezes eles têm umas falas que lembram até Guimarães Rosa! Assim, o mesmo jeito de falar, né? Os neologismos... quase uma poesia o jeito de falar, que você não tá acostumado, né? Eles botam ... 'Difícil sempre em mente!' Eles começam... É engraçado... 'De vez em quando sempre me dá num sei o quê...' - Aí eu falo: 'De vez em quando não é sempre! E agora?' Às vezes eu fico pensando que eu devia anotar todas e colar em algum lugar, porque eu esqueço dessas coisas! Mas eu acho é... enriquecedor no final das

contas! Eu atendo diferente agora do que quando eu comecei a atender. Eu acho que as pessoas fazem parte disso, né?

Essa narrativa sinalizou a possibilidade de uma atenção humanizada, ao contextualizar a singularidade do usuário. A demonstração de interesse por aspectos adversos à consulta e o olhar expandido do profissional vão além do cumprimento técnico, ao permitir, através de uma perspectiva humanizada, uma ação também de cuidado. Pode-se dizer que essa conduta médica também está inserida nos recentes propósitos de reconstrução das práticas de saúde, ao considerar os princípios de integralidade, promoção da saúde, humanização, vigilância da saúde etc. (Ayres, 2004). A interação promovida nesse encontro desencadeará um processo de ressignificações especialmente para o idoso atendido. Nota-se, através da postura médica, o abandono de ações técnicas tradicionalistas e normativas ao permitir novos significados e sentidos não direcionados apenas à condição de saúde do assistido, mas sim à plenitude de seu ser. Logo, a escuta interessada, direcionada e qualificada do profissional de saúde, pode convergir favoravelmente para uma adesão efetiva ao tratamento e à promoção do autocuidado.

Dando continuidade ao tema de adesão ao tratamento, os demais profissionais mencionaram relutâncias e complexidades de diversas ordens para uma adesão mais comprometida:

É difícil! Ao mesmo tempo que ele sabe que ele precisa, e que ele veio pra cá procurar alguma coisa, no sentido: 'Eu preciso me cuidar, né?' E o meu cuidar, é aquilo que já tinha até comentado, é a medicação, uma consulta ou um exame, né? O fato dele ter que tomar muitas medicações... E a doença pra ele não é uma coisa que dá pra tratar, que dá pra ter uma vida normal. 'Eu estou doente!' né? Isso traz um pouquinho de ansiedade, traz um pouquinho até de depressão! 'Nossa, olha que coisa! Eu tenho que tomar 3 vezes por dia o remédio!' [...] E se tratando de insulina então... É muito,

muito, muito difícil! Porque a insulina é como se fosse o fim! 'Olha, não tem mais jeito mesmo?' Mas, tem até um sentimento de culpa. 'Eu só estou tomando insulina porque eu não fiz o tratamento adequado!' E a gente sabe que não é isso! (Enfermeira).

Paradoxalmente, ao mesmo tempo que os profissionais de saúde reforçam a valorização da conduta médica prescritiva, consideram que os idosos associam o número de medicações à seriedade de seu estado de saúde. Em outras palavras, a representação simbólica do ato de medicar-se assume contornos de complexidade e agravamento de sua condição de saúde. É a declamação impactante de um estado fadado ao contínuo sofrimento, ao invés de se pensar que, à medida que se cuida de seus problemas, se promove a saúde. O encontro médico-paciente produz tensões e expectativas que atravessam a fronteira do cuidado. Popularmente para muitos ir ao médico é procurar doença, e para isso precisa ser forte e estar preparado para o recebimento do diagnóstico. Nesse sentido, o médico exemplificou com sua narrativa:

Que você fala 'Oh! Isso daí em algum tempo vai pegar seu sistema vascular vai acumular gordura...' Às vezes você vai ter que fazer aquela explicação bem mais... Digamos que às vezes é uma explicação que você quer dar pra ele mas, não sei se ele quer receber, né? Porque às vezes aquele diagnostico é uma... Você dá um diagnóstico como quem dá um... é uma noticia ruim, geralmente... Não que: 'O senhor sarou, né?' [risos].

Referente ainda à adesão ao tratamento, alguns profissionais apresentaram impressões positivas:

Ah, eles aderem! Eles acham que o médico é a opção! Então, eles aderem! Quando eles não aderem é porque eles não entenderam bem! E é assim, eles têm tanto medo do médico, que muitas vezes eles não tomaram, esqueceram... eles não revelam para o médico, com medo do médico brigar, né? Ou se o remédio não tá fazendo bem... Eles ficam com medo do médico, de ficar magoado porque não passou o remédio certo!

Mas, eles não falam, né? Da postura do médico, pois se o médico passou é porque o médico sabe, né? Eles não perguntam uma segunda opinião, eles não procuram uma outra opinião, eles seguem direitinho aquilo que o médico fala, né? Se der reação no retorno, eles têm medo de falar com o médico que não deu certo... Então, se o médico não pedir exames pra controlar, não confiando muito na palavra deles, o médico não descobre. (ACS 4).

Para os profissionais, a confiança desses idosos no saber médico e na prescrição medicamentosa é inquestionável. A ideia clássica que o médico é detentor de um especial conhecimento tecnocientífico faz com que o usuário, passivamente, aceite o diagnóstico, o manejo e tratamento de sua saúde, sem questionamentos.

Ainda no tocante à adesão, foi identificada a questão implícita de gênero no cuidado em saúde:

Ahhh... de 100% do tratamento acho que não, a adesão é pelo ao menos 40% de adesão... geralmente... por ... É que também tem a população masculina e feminino, né? A feminino tem uma abordagem maior; de 100 você pode colocar 95% de adesão. Agora a masculina já tem uma dificuldade bem maior! Mas, isso não é só o nordestino; o paulista também e outra região do Brasil! [...] Em relação ao homem (nordestino), a parte da masculinidade, do machismo... isso interfere, né? Um exemplo clássico é o famoso exame da próstata, né? Eles nunca... Então, eles preferem contrair a doença mas, não fazem o exame da próstata. [...] Você pode conversar, conversar... não tem negócio! Então, a dificuldade é bem maior! Aqui em São Paulo você consegue algumas adesões, mas com o povo nordestino é mais complicado, é difícil. (AE 1).

A mulher ela se cuida mais do que o homem. O homem pra ele chegar, principalmente quando ele é de idade, a se cuidar, tomar remédio direitinho e tudo, é porque o negócio tá bravo pro lado dele! A mulher ela aceita mais. [...] o homem [nordestino] é ranzinza! Ele: 'Até parece que eu vou deixar de tomar meu aperitívino no meio-dia!' (AE 2).

As relações de gênero são construídas culturalmente, sendo traduzidas em papéis, significados e representações acerca das diferenças entre homens e mulheres.

Substancialmente, neste estudo, lida-se com a variação de gênero atrelada a dois aspectos: em específico à cultura nordestina e, ao mesmo tempo, com o aspecto longitudinal, ao considerar a trajetória de vida do idoso e sua historicidade na ação do tempo. O modo como o gênero consubstancia o entendimento dos profissionais de saúde no contexto da APS, com relação ao masculino e ao feminino, e, a partir daí, as formas como homens e mulheres são abordados no cotidiano dos serviços e da assistência têm sido explorados nos últimos anos (Schraiber, 1995; Couto et al., 2010). Para Schraiber et al. (2005), reconhecer a perspectiva de gênero significa requalificar homens e mulheres, uma vez que se considera a posição concreta e particular dos mesmos em consonância com seus grupos de referência.

Por conseguinte, as narrativas apresentadas (pelos profissionais e/ou pelos idosos) permitiram reconhecer a necessidade de produção de cuidados aos idosos que considerem a perspectiva de gênero por parte da APS. Nesse sentido, seria conveniente promover um contexto assistencial que contemplasse as necessidades ou dificuldades dos idosos em questão. O reconhecimento das necessidades e dos obstáculos existentes seria favorável desde o acolhimento, chegada no serviço, bem como a adesão ao tratamento.

Em pesquisa de Couto et al. (2010), realizada com homens entre 15 e 65 anos de idade, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Pernambuco, nota-se, semelhantemente, que, embora não neguem as necessidades em saúde, os homens procrastinam a busca por assistência, recorrendo somente ao serviço quando já apresentam dificuldades para lidar com seus sintomas; valorizando, assim, a prática curativa.

De maneira global, há um ponto extremamente relevante para se analisar a aderência ao tratamento: basta ter o conhecimento pelo qual o idoso está em São Paulo. Quando sua mudança ocorre por questões relacionadas à sua condição de saúde, facilmente, mediante a sua necessidade, busca a assistência e segue o tratamento na APS. Entretanto, se sua residência no município de São Paulo está ligada a outros fatores, como, por exemplo, viuvez, imposição dos filhos, cuidar de netos, essa conjuntura não contribui necessariamente para a busca de cuidados em saúde. Afinal, se não há sintomas aparentes, as necessidades de saúde tendem a não serem percebidas por esses indivíduos. Logo, para que se recorrerá à UBS?

Lá o que acontece, eles vêm pra cá pra se cuidar. Eles falam: – ‘Vim aqui pra passar no médico.’ Não que lá não tenha um médico. Às vezes tem até um médico lá! Mas, ele não consegue fazer uma cirurgia... Se precisar, não consegue pegar um remédio, que é mais caro... Que precisa... Que eles não conseguem pegar o remédio! Então, o que que eles fazem? Eles têm que ficar. Ele tem que vim pra cá... Aqui eles conseguem melhores tratamentos. [...] Se ele veio, realmente se ele veio pra se tratar, ele vai. Se ele veio e não quer saber do médico, ele fala: – ‘Não! Num vou! Nem vem aqui!’ Porque eles têm opinião! Eles falam: – ‘Num vou... Nem vou lá no posto! Não vem aqui!’ Mas, se ele veio pra... Para fazer o tratamento, ele faz o tratamento sim! [...] Se ele vem... Se ele bebe, se ele tem pressão alta, se não passou no médico ele fala: – ‘Eu nunca passei e nunca vou passar!’ E a mulher, a gente fala assim: ‘A senhora já fez Papanicolau?’ – ‘Nunca fiz e não vou fazer!’ Elas não fazem! Não adianta! Se ela... Eu já convenci algumas... Mas, depois de um, dois, três anos... Eu conversei, a enfermeira conversou também... Quando eu passava em visita, eu aí... Eu chamava pra conversar, a enfermeira conversou... Ela conseguiu que ela veio fazer o Papanicolau. Mas ela fala não... Elas falam: – ‘Eu tive filho em casa e nunca fiz exame... Também não vou fazer... nem fiz pré natal... você acha que vou fazer?’ (ACS 1).

Vai depender muito do entendimento da pessoa. Por mais matuto que seja, vai depender muito do entendimento dela. Ah! Oh, tanto que os filhos pegam no pé também: ‘Não, mãe tem que passar! Tem que isso, tem que aquilo... Vai!’ – ‘Não! Mas, eu nunca senti nada!’ (ACS 3).

Reforça-se, desse modo, o que já foi exposto anteriormente: os parâmetros externos (sociais e culturais) e internos (construção de uma relação individual com a condição de saúde e o enfrentamento de seus problemas) norteiam a adesão à APS e o autocuidado em saúde.

Ademais, de acordo com os depoimentos, o vínculo e a confiança são elos fundamentais na relação com a APS:

É ter muita confiança! Só que o difícil é que cansa muito o agente. Você se cansa porque, o idoso (nordestino), ele dá mais trabalho, dá muito mais trabalho. (ACS 1).

O vínculo é positivo com eles! A gente sente até falta quando acontece alguma coisa assim... Eles vão embora... A gente sente falta! (AE 2).

Eu acho que o chavão da coisa é o vínculo! Quando você consegue o vínculo com essa pessoa, nossa... consegue trabalhar várias coisas! Até mudança de hábito de vida. [...] Então, não adianta você chegar nas primeiras consultas e já tentar mudar. Não! Você tem que tentar formar o vínculo; depois que você formou esse vínculo é que você vai trabalhando de várias... que nem formiguinha mesmo... o resto! (Enfermeira).

Algo perceptível nessa população é a permanência do recurso às terapias populares. Em verdade, a valorização das práticas populares corresponde à herança familiar. Nesse sentido, as ações de cuidado estão associadas ao contexto sociocultural que pertenciam. Para muitos idosos, a utilização de ervas, na forma de chás, emplastos, banhos ou garrafadas, assim como as simpatias e benzeduras, eram os únicos ou mais fáceis recursos existentes para o enfrentamento de seus problemas de saúde. Ainda que se considere comum tais crenças na população brasileira, os profissionais entrevistados, particularmente, enalteceram sua maior utilização entre os nordestinos, especialmente entre os idosos.

[...] Eles têm uma questão muito forte com a medicação tipo ervas: chá de pata de vaca, orelha de não sei o que, chá disso, chá daquilo... Se eu tomar eu vou melhorar! Porque lá era o tratamento que eles tinham. Então, eles tentam fazer... dar uma burlada nisso e falar olha, E se você falar: 'Olha, seu João o senhor melhorou!' – 'Então, não foi o remédio que eu tô tomando não viu? Foi o chá!' né? [...] Então, primeiro eles tentam do modo deles, pra depois aderirem a medicação. (Enfermeira).

O que eu tento fazer com essas crenças, na verdade agora, é associar, né? Mais do que combater! Chá de chuchu, vai muito bem com o captopril! [risos] O senhor toma o chá de chuchu? Então, já toma o captopril! [...] Garrafadas mil! Só que garrafadas aliás... Ai meu Deus! Teve um senhor que me trouxe até pra eu ver uma garrafa de catuaba [risos]! Meu Deus do céu! [risos] Catuaba um negócio extremamente alcoólico! (Médico).

Em conformidade com o estudo de Siqueira et al. (2006), humanizar é também respeitar as concepções individuais sobre os problemas de saúde dos usuários da APS, as quais, obviamente, estão relacionadas aos seus constructos socioculturais. Nesse caso, as crenças populares devem ser reconhecidas pelos profissionais de saúde à medida que os mesmos procuram cumprir com os preceitos estabelecidos pelo SUS, isto é, busca-se considerar a integralidade do indivíduo dentro de um processo histórico.

Não obstante, a pesquisa sobre crenças populares em saúde, realizada pelos autores supracitados, exibiu resultados convergentes com as narrativas anteriormente destacadas. Concluiu-se que, a maioria dos usuários do SUS recorre à medicina popular antes de buscar pelos serviços de saúde. Concomitantemente, profissionais reconheceram que mudança de hábitos relacionados à saúde entre usuários, os quais adotam as crenças populares, é um processo lento e muito difícil, tendo em vista que a significação dessa conduta está diretamente ligada à sua representatividade sociocultural.

Outro ponto importante refere-se à qualidade da relação familiar desse idoso. Por estar numa etapa de ciclo vital avançado e também na condição de migrante, é bem possível que ele apresente características distintas e relevantes no processo de interação com a família e rede social.

Os profissionais entrevistados, em maioria, disseram que a relação familiar dos idosos é positiva. Destacaram, em especial, a união, o cuidado e o carinho geralmente percebidos nesse contexto:

Eles são muito calorosos! São unidos, são muito unidos! [...] Estes que chegam já idosos é assim: são filhos, são irmãos, tudo, né? Então, eles já vêm assim, com a família toda apoiando, orientando, fica um tempo na casa de um, fica um tempo na casa de outro... Até assim... eles ficam ofendidos se aquele idoso não passar um certo tempo na casa de uma filha, de um filho, de uma nora, entende? [...] Só um filho que goste muito dos pais é que tem este trabalho de pagar as passagens, de bancar ele aqui, de se dispor a tá se deslocando com ele, para ele se tratar entende? De ter uma qualidade de vida... Que em São Paulo é melhor do que tem no norte! (ACS 4).

Muito mais unidos, só pela dificuldade de vida mesmo... deixa eles um pouco mais próximo! Daquele tipo assim... que o pai falou, nem concorda muitas vezes... Mas, você percebe num tem bate boca, num fica retrucando... 'Tá papai! A gente vai ver! A gente vai tentar fazer o melhor, sabe!' (ACS 2).

Contudo, não se deve esquecer a existência também de idosos solitários, carentes e sem apoio familiar. Nessas circunstâncias, o cuidado em saúde exprime dificuldades e limitações tanto para o próprio idoso quanto para a APS.

Agora o idoso sozinho é muito mais difícil! Muito mais difícil quando você não tem esse aporte da família, dos filhos principalmente, nora... porque eles acabam morando muito próximos, né? E porque eles estão aqui sozinhos... Então, eles acabam juntando aqui e fazendo um círculo; mesmo um amontoadinho ali... Com essa família, é muito mais fácil do que com aquele idoso que está aqui sozinho, né? Por algum motivo, ou o filho mora em um outro lugar e não vem visitar, ou o filho veio pra cá e já foi pra

outro estado, né? É muito difícil! Muito, muito, muito! E ele está até esperando morrer... Então, não adianta você querer falar pra ele: 'Olha, seu fulano, se o senhor tomar o remédio, se o senhor fizer caminhada, se o senhor mudar seu tipo de comer o senhor vai ficar bem, vai melhorar!' – 'Não, não tenho mais o que fazer já não tô na minha terra, já não tô no meu lugar! Estou sozinho mesmo, então só me basta morrer!' É bem difícil mesmo! (Enfermeira).

Como já exposto no Capítulo 2, os elos familiares ou sociais existentes na metrópole paulistana facilitam a vida do migrante em seu novo contexto. Fora isso, a função da família no cuidado em saúde é bastante importante, pois, além de prover os cuidados necessários ao idoso, muitas vezes, é ela que desempenha o papel mediador, ao facilitar o contato entre o idoso e os serviços de saúde.

Quanto ao acompanhamento do idoso na UBS, as ACSs comentaram:

[...] Um neto, uma filha... se o marido não pode, a nora vem. Participam sim! São cuidadosos (ACS 2).

Participa! No momento que a gente chama pra conversar, a gente explica, né? Se o idoso tá dando algum... Muito trabalho... Tá... A própria família se interessa também, entendeu? A família, ela se interessa. Aí, a gente explica: 'Olha, ele tá tomando...' É pra tomar esse remédio... Esse remédio a gente explica... Daí a gente fala que vai conversar porque, às vezes, é mais fácil, às vezes não. Às vezes é o contrário. Às vezes eles chamam e falam: 'ACS 1 é mais fácil você conversar, tentar, do que nós que somos a família! [...]' 'Olha, você conversa com ele, ele vai mais ouvir você do que nós! Porque é teimoso, né?' Eles são teimoso, né? (ACS 1).

Eu lembro que é assim: eu até tenho algumas famílias que eles acabam adotando o posto, né? E alguns idosos também que acabam reconhecendo o serviço como é a minha família, é o meu apoio, é onde eu vou se precisar! (Enfermeira).

Os profissionais também destacaram aspectos que evidenciam a importância da presença do idoso no seio familiar. Especialmente nas camadas menos privilegiadas, ele tende a se tornar responsável pelo cuidado de netos e da casa, para que assim os

filhos possam trabalhar; ou, então, um outro aspecto, cada dia mais comum, é o papel que ele assume para manutenção financeira dos lares, isto é, quando sua contribuição é a salvaguarda no orçamento familiar. Diante dessas circunstâncias, a interação dessa família assume contornos especiais; os familiares tornam-se mais dependentes do idoso do que o inverso. Essa é uma característica, a qual vem sendo reconhecida em qualquer parte do Brasil, não se restringindo, portanto, apenas aos idosos migrantes nordestinos. Entretanto, de acordo com a opinião do médico, há uma inclinação do idoso migrante para estar recluso em casa. Alguns estabelecem com o tempo redes sociais, na maioria das vezes com conterrâneos, outros apresentam dificuldades para novos contatos sociais, sendo poucos os esforços para o estabelecimento de novos vínculos nessa etapa de mudança territorial, conseqüentemente se limitam aos vínculos familiares.

Tem relação de exploração, que a pessoa vem e os filhos começam a pendurar... que é diferente de você olhar numa classe média em que os filhos nascem, crescem, ganham independência, formam uma família, né? [...] Vão se agregando e ele acaba... dependendo do status produtivo dele, né? Se ele tem uma pensão, se ele ainda consegue trabalhar, dependendo de como ele... o grau de independência... ele acaba tendo uma relação bem diferente com a família, né? Mas, isso acho que é até parecido com o idoso daqui, o que muda muitas vezes que tem o choque cultural pelo fato dele tá sendo deslocado, de não ter uma rede social... ele acaba ficando muito mais na mão dessa família, né? (Médico).

Aí tem dois aspectos... Então, aí a maioria dos casos é que é não tem jeito, é arrimo de família ou é isolado da família, isolado socialmente... Então, ele fica sozinho, ninguém leva no médico, ele vem sozinho, abandonado é... [...] A maioria [das famílias] não querem saber se tá melhorando, se tá piorando... Às vezes vem, tá passando mal... tipo, como se fosse... Como se ele fosse um estorvo no caminho; ou que tá dando trabalho. Então, são pouquíssimos casos que eles vêm participar! Que... quer saber como que tá, como que foi, como que vai ser, são pouquíssimos! A maioria dos casos, pela experiência que eu tenho, não acompanham eles. (AE 1).

A percepção desse AE condiz com uma realidade existente de modo geral, não sendo específica ao grupo dos idosos participantes desta investigação. Casos de abandono, negligência no amparo e cuidado ou demonstração limitada de interesse pela saúde do idoso são características condizentes a uma problemática de ordem maior a ser administrada pelos serviços de saúde. Por outra perspectiva, a carência de tempo dos familiares pode também ser uma justificativa para o distanciamento destes com os serviços de saúde. Dessa forma, não se pode afirmar de forma categórica que o grupo familiar não esteja se importando com a saúde do idoso.

Idosos migrantes também podem assumir condutas relacionadas ao autocuidado, de acordo com as referências e comportamentos daqueles familiares que estão há mais tempo no município de São Paulo:

Muitas das vezes o que tava motivando ele ir ao médico... Jamais foi no médico mesmo, tando aqui há tanto tempo, como eu te falei. Como o filho: 'Não mãe, mas a senhora tem que ir lá! A senhora veio pra cá foi pra se cuidar, não? Tem que se cuidar...!' Ele motiva! E ela entendendo, se ela tiver um nome que tem confiança... Ou às vezes: 'Por que que eu vou me cuidar se você mesmo não se cuida? Não vai?' – Tem isso! 'Você que tá aqui há muito tempo não vai!' [...] Ou então: 'Eu vou! Os meus filhos tão motivando! Meus filhos me trouxe até aqui, né?' Vai muito da pessoa! Ai ela entendendo e outra, a união da família ali como um todo, pra tá motivando aquela pessoa a tá indo no médico, ela tá trabalhando ela psicologicamente, então ela tá motivando a ir fazer o tratamento independente de sintoma...! (ACS 3)

Entretanto, há de se considerar que a vida nas grandes cidades proporciona limitações para os mais jovens e assintomáticos à busca pela prevenção em saúde. Em virtude do tempo despendido, seja para deslocar-se para o trabalho, levar os filhos na escola e/ou realizar outras atividades, o autocuidado em saúde está propenso a permanecer em plano secundário.

Próximo ao final da entrevista, buscou-se saber quais eram as considerações dos profissionais, no tocante às expectativas desses idosos em relação ao tratamento no município de São Paulo:

Têm alguns que vêm aberto... Isso varia de um pra outro também! Mas, é engraçado que tem alguns que vem e que querem só se sentir bem, né? Não tô... Eles falam abertamente: 'Eu não tenho medo de morrer... já tô velho mesmo, já cumpri meu papel nessa vida, eu quero é ficar bem, me sentir bem, quero poder fazer minhas coisas...' – Às vezes você consegue balizar, com eles, qual que é o objetivo deles mesmo, né? [...] Agora tem doença que é muito complicado você trabalhar com ele. Então, pessoas que têm hipertensão de longa data, chegou aqui numa fase avançada, com insuficiência cardíaca; se você for analisar eles não conseguem ver isso! Mas, a mortalidade por insuficiência cardíaca é maior que a de câncer, né? E câncer é uma doença que tem toda uma áurea! Falou de câncer, doença ruim... (Médico).

Vários já vêm com doenças adquiridas mesmo, né? Tipo o diabetes, hipertensão que não vai ter cura, vai ter o controle, né? Medicação e um hábito melhor! Ele vai ter um controle bom disso, mas é gozado, mas lembrando assim de uma leva que passou... eles têm muito medo do câncer! Eles falam: 'Ah, aquela doença ruim!' [...] Então assim, o grande problema deles não é assim: 'Ah, eu sou hipertenso! Eu vou tomar um remédio, né? Vou tirar um pouco o sal!' É ter alguma coisa que não tenha cura! (ACS 2).

Mediante as narrativas, alguns aspectos se mostram relevantes para uma discussão.

Volta-se ao que já foi explorado, o cuidado em saúde para essa população está representativamente associado ao adoecimento, isto é, a ação curativa é razão maior pela busca dos serviços. Logo, ações preventivas ou promocionais de saúde aparecem com menor frequência entre esses idosos, segundo a fala dos profissionais da ESF. A recorrência à assistência médica oferece, implicitamente, a tomada de consciência de seus problemas de saúde. Nesse momento, há um temor manifesto referente aos diagnósticos. Baseado nos depoimentos dos profissionais, a ideia do câncer ainda

carrega seus mitos e impactos, desencadeando a tão arraigada associação entre a doença e a morte. Nessa ocasião, é como se outras doenças não apresentassem o perigo/risco de morte como o câncer.

A ACS 4 fez referência à dificuldade de aceitação e adesão ao tratamento para as doenças crônicas. A expectativa com o tratamento se reduz na ocasião em que o idoso é informado que terá de tomar determinada medicação continuamente. Afinal, se os sintomas desapareceram por que devem seguir tomando os remédios?

A dificuldades deles é assim, o que adquirem a diabetes, é aceitar que o tratamento é para o resto da vida. [...] Eles pensam assim, que tomar o remédio durante 5, 10 anos estão bons, porque a doença não dá mais sintomas. É onde eles começam a relaxar tudo, e aí a gente fala: 'A doença é para o resto da vida, né?' – 'Mas, eu estou tão bem!' Porque já não sente mais os desconfortos que tinha e aí eles começa a pecar na alimentação, abusar um pouquinho mais, porque se sente bem demais, para quem veio tão ruim, um pouquinho de melhora já é alta! E aí você tem que explicar para ele: 'Olha hipertensão, diabetes é uma doença que você vai sofrer para o resto da vida! Você tem só que controlar, você convive bem com a doença.' [...] Eles gostaria de vir aqui e este mal que está com eles, que sarasse! [...] Expectativa negativa, depende do tratamento não funcionar, do remédio não funcionar... E quando, às vezes, não funciona, eles tomam errado! Então, eles acham que é o remédio que está errado, não eles é que estão tomando de forma errada, né? (ACS 4).

Para finalizar, alguns comentários foram realizados em relação aos idosos migrantes nordestinos:

Eu gostaria que fossem tratados lá, com dignidade, com respeito que eles merecem, porque eles trabalharam, eles têm toda uma vida! Eles trabalham, eles plantam, eles vivem do suor! Então, tem que ter respeito, tem que ter dignidade! A mulher que opta por ser mãe lá, tem que ter um pré-natal com qualidade, tem que ter este acesso! [...] E eu acho que o governo lá tem este papel, ele tinha que ter este papel, pois se a verba é mandada para todo o Estado, eles tinham que usar bem esta verba para lá! E assim, ele pegam pessoas que não tem instrução, que se você der uma cesta básica, ou um quilo de arroz, você é um Deus para eles! Se você pagar uma cirurgia para você não

ter mais filhos, é tudo que eles precisavam! Eles não têm como cobrar deste governante, que eles têm direito, que eles são gente, que eles são dignos! E lá se você for na Bahia, você encontra fazendas de políticos, no qual o resto¹⁸ que não serve para o gado deles é que o pessoal tem acesso para comer! Quer dizer lá na cidade deles, uma vaca vale mais que um ser humano, né? Só isso que eu queria falar, eu queria muito que fosse diferente, muito diferente... (ACS 4).

Nessa ocasião final, a ACS fez um depoimento emocionado cobrando ações mais efetivas em saúde por parte do Estado na região NE. Por fim, como qualquer outro cidadão brasileiro, ela salienta o direito desse idoso em usar o SUS de maneira assegurada, qualificada e prestativa em sua localidade de origem.

Complementando o raciocínio, Pinheiro e Travassos (1999), em sua investigação realizada no município do Rio de Janeiro, apontam para a existência de desigualdades no consumo de serviços de saúde, tanto com respeito à condição econômica do idoso quanto relacionada ao padrão de vida nas áreas domiciliares. Ainda de acordo com essa perspectiva de acesso aos serviços de saúde, o Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), realizado no município de São Paulo, identificou que a associação de renda, escolaridade, sexo e morbidade referida revela a imensa necessidade e a reduzida capacidade dos idosos em utilizar os serviços de saúde. Idosos com menor escolaridade apresentam maior comprometimento do estado de saúde devido aos maus hábitos, maior exclusão e diminuto nível de informação e condições socioeconômicas para acessar os serviços precocemente (Louvison et al., 2008).

E, por fim, a enfermeira complementou com sua narrativa:

¹⁸ Sua fala faz recordar o filme de curta-metragem brasileiro Ilha das Flores. O curta mostra como a economia gera relações desiguais entre os seres humanos (Furtado, 1989).

Acho que deveriam respeitar o modo que ele vivia lá, essa fragilidade dele tá aqui... Na realidade que ele está aqui, que ele sabe que não é dele! Uma coisa que eu acho marcante pra mim: Se ele pudesse voltar, né? Pro lugar dele, ele taria muito melhor, né? Aqui, mesmo sabendo que lá ele não vai ter um serviço de saúde, é a terra dele, né? E aquela fala: 'Eu queria morrer lá, né?' – 'Não aqui!' A impressão é que até a morte vai ser meio solitária! 'Mais fácil no lugar onde eu nasci, onde eu vivi, né?'

Um dos princípios da integralidade foi apontado, indiretamente, nesses dois depoimentos, ao ser destacada a importância das configurações de políticas governamentais direcionadas a atender às necessidades de populações específicas. A princípio, são respostas governamentais aos problemas de saúde que devem(riam) contemplar ações voltadas à prevenção e ações à assistência. Nessa perspectiva, Mattos (2001) sinaliza:

Também nas políticas, é a busca de uma visão mais abrangente daqueles que serão os 'alvos' das políticas de saúde que configura a integralidade numa de suas acepções. Em outra, é a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. As respostas aos problemas devem abarcar as suas mais diversas dimensões. Analogamente, devem oferecer respostas aos diversos grupos atingidos pelo problema em foco. (p. 62).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou a aproximação e o (re)conhecimento das necessidades e cuidados em saúde de idosos migrantes nordestinos que atualmente residem em São Paulo e são acompanhados pelos profissionais de equipes de SF da Região Oeste do Município.

Notou-se, tal como aponta a literatura, que o fenômeno da migração nessa etapa do ciclo vital, geralmente, está associado à condição de saúde. Neste estudo, todos os idosos participantes vieram para São Paulo em busca de tratamento mais adequado para suas doenças e/ou suporte familiar.

Por meio dos depoimentos dos participantes (idosos nordestinos e profissionais de saúde), pôde-se perceber a complexidade dos sentidos atribuídos às necessidades de saúde dessa população em específico. De forma convergente, ambos os grupos destacaram o entrelaçamento entre necessidades de saúde e adoecimento. Em outros termos, é o adoecimento, “sentido no corpo”, através de sinais e sintomas, que denota a necessidade de saúde e consequentemente a busca por cuidados. Nesse ínterim, a solução para os problemas pode estar, primeiramente, nas terapias populares, baseadas na utilização de ervas, benzeduras e simpatias, ou então estar, na maioria das vezes, associada ao tratamento oferecido pela ESF. De fato, os constructos socioculturais regionalizados se mostram fortemente postos nas narrativas de idosos e profissionais, uma vez que ambos compreendem que o processo de significação, diante da necessidade em saúde, assume contornos firmados em experiências anteriores de saúde-doença-cuidado. Logo, a autopercepção de saúde para os idosos, a definição de

problemas e as estratégias e recursos para o cuidado em saúde foram condicionados ao contexto (pessoal, social e econômico) em que esses idosos estavam inseridos antes de residirem em São Paulo. Tal aspecto, inclusive, foi bastante ressaltado pelos profissionais da saúde, sem distinção de suas atribuições na ESF.

Um aspecto relevante para os idosos é o desconhecimento, *a priori*, de suas condições de saúde. Segundo os profissionais, a carência de recursos, a falta de conscientização e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde em suas localidades de origem resultam na dificuldade de terem acesso ao diagnóstico e, mais do que isso, ao tratamento; findando por situar a definição do diagnóstico e o início do tratamento ao contexto da chegada à metrópole paulistana. Para os profissionais de saúde, muitos dos idosos entrevistados, e muitos dos idosos na condição de migrante nordestino, carregam consigo esses problemas de saúde há vários anos, principalmente doenças que são silenciosas, isto é, não apresentam sinais ou sintomas (por exemplo, diabetes e hipertensão). De forma aproximada à representação dos profissionais de saúde, houve uma inclinação, por parte dos idosos, em associar os (novos) diagnósticos com a mudança territorial e com todas as implicações relativas ao novo contexto de vida e moradia.

No tocante à produção de cuidados, para os idosos esta está bastante associada às práticas curativas; até mesmo porque a representação simbólica dos serviços de saúde no município de São Paulo declama excelência, conformando forte expectativa de cura de seus males. Além disso, de acordo com suas representações, o saber do médico associado às prescrições medicamentosas praticamente isentam suas corresponsabilidades com a saúde. A postura passiva dos idosos perante os profissionais e o limitado questionamento acerca de seus problemas foram

comportamentos também observados pelos profissionais. Entretanto de acordo com os profissionais, paradoxalmente, à medida que seus problemas de saúde não apresentam sinais ou sintomas, eles tendem a cessar o tratamento; dificultando, portanto, a eficácia do mesmo.

Da mesma forma, igualmente para idosos e profissionais da ESF, medidas preventivas ou promocionais de saúde são pouco valorizadas ou compreendidas pelos idosos, como, por exemplo: a prescrição de atividades físicas, dietas alimentares e participação em grupos. Entre os idosos entrevistados, foi perceptível o exíguo reconhecimento de que condutas não medicamentosas são reconhecidas como ações paralelas para o cuidado em saúde. Torna-se pertinente, neste ponto, considerar o quanto para os idosos é custoso e complexo (res)significar a produção de cuidados aliada a mudanças no estilo de vida. Desse modo, embora a relação interpessoal no contexto assistencial apresente características favoráveis e facilitadoras, de acordo com os dois grupos pesquisados, o mesmo não se pode concluir no que se refere à adesão ao tratamento, o que sugere que há permanência de barreiras comunicacionais e culturais importantes para o efetivo diálogo e produção do cuidado.

Um outro aspecto que permeou a fala dos profissionais a respeito das barreiras comunicacionais para o cuidado diz respeito ao analfabetismo ou baixa escolaridade dos idosos migrantes pesquisados, o que parece extrapolar, pelas falas dos profissionais de saúde, para outros idosos inseridos no mesmo contexto. Esse aspecto, associado ao choque cultural da mudança de território em fase avançada do ciclo vital, causa embaraços e dificuldades para a compreensão do conteúdo técnico abordado nas consultas com médico(a)s, enfermeiro(a)s e, até mesmo, nas visitas domiciliares que incluem ACS. Foi corrente a representação de profissionais de que os idosos se

confundem e/ou esquecem a maneira correta para tomar as medicações. Em casos particulares, como, por exemplo, quando os comprimidos são parecidos, se reproduz a preocupação de que eles possam tomar medicações equivocadas.

Ainda de acordo com os depoimentos dos profissionais, as razões pelas quais os idosos se deslocam de suas origens exercem influências na busca pelo serviço e cuidado em saúde. Se os motivos de mudança não remeterem à saúde, esses idosos raramente aceitarão cuidar de sua saúde, até porque pela sua perspectiva não há necessidade. Nesses casos, somente recorreriam ao serviço mediante uma situação de adoecimento.

Por outra perspectiva, o ato de migrar determina novos significados no sentido global da vida do idoso. Deixar para trás seu contexto de origem e se deslocar para metrópole implica reconfigurações com a cidade, com o ambiente, com a família e a comunidade. O processo necessário de adaptação associado à convivência nesses novos contextos de vida, somado à ESF que apresenta como aspecto primordial para o efetivo cuidado a dimensão da vida no território/comunidade, pode ser um caminho facilitador para que essa população estudada chegue com maior tranquilidade e possa se sentir acolhida pelo serviço.

Uma consideração importante, a partir das narrativas produzidas pelos profissionais, diz respeito ao comportamento cordato dos idosos, o qual na maioria das vezes propicia uma relação interpessoal positiva; muito embora no plano técnico-assistencial a relação apresente contornos diferenciados.

Por parte dos idosos, o reconhecimento da assistência à saúde enquanto qualificada e comprometida com seu cuidado se dá com maior facilidade quando os familiares, atentos e preocupados com a condição de saúde de seus parentes, mediam a

relação com os serviços de SF, ao mesmo tempo que também dão o exemplo, por serem usuários da UBS.

Por fim, por mais que a ESF busque reorganizar as práticas de atenção à saúde, valorizando as necessidades específicas territoriais, em que a comunidade, a família e o usuário sejam considerados de forma contígua, observa-se a partir dos resultados desta investigação a importância da ampliação de possibilidades de atender sujeitos particulares (no caso, idosos migrantes do NE) numa perspectiva que de fato valorize os princípios da integralidade, e que proporcione um cuidado culturalmente apropriado, ao considerar as singularidades de sujeitos que fazem parte de grupos populacionais com características próprias.

Conforme Mattos (2001), as dimensões polissêmicas do princípio da integralidade no SUS entrelaçam diversos valores que, correlacionados, propõem uma sociedade mais justa e solidária.

Por conseguinte, a relevância está nas práticas dos profissionais de saúde, ao valorizarem o acolhimento das necessidades relativizadas dos usuários, distanciando-se dos tradicionais reducionismos ou generalizações. Para isso, há que se evidenciar a gestão do cuidado na abordagem integral de indivíduos e famílias. Reforça-se, aqui, o que já foi dito anteriormente, o conceito de unicidade ao reconhecer o usuário em sua totalidade, visando produzir tanto as ações técnicas de prevenção quanto as assistenciais solicitadas. Essencialmente nesse processo, há que ter clareza que o usuário é um ser humano, cidadão que, biologicamente, psicologicamente e socialmente, está sujeito a diversos riscos, os quais convergem em necessidades que nem sempre são demandadas por eles ou percebidas pelos profissionais de saúde.

10 ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO 1: ENTREVISTA COM IDOSO(A)

I. Caracterização pessoal:

- Sexo, data e local de nascimento (estado, cidade, zona rural ou urbana);
- Locais que já morou na vida (estado, cidade, zona rural ou urbana); último local que morou (estado, cidade, zona rural ou urbana);
- Há quanto tempo está na cidade de São Paulo, como foi a decisão de mudança, quando chegou morava com quem e atualmente mora com quem;
- Escolaridade, motivo pelo qual parou de estudar;
- Estado civil (se: casado, viúvo, separado, há quanto tempo?); número de casamentos;
- Trabalha atualmente (formal, informal, bico...), tempo no atual trabalho. Caso contrário, já trabalhou na vida, cargo ou função, há quanto tempo parou de trabalhar; por qual motivo;
- Rendimento no último mês, tipo de rendimento (aposentadoria, pensão ou benefício, auxílio da família, renda de aluguel, outros), valor de renda pessoal e valor de renda familiar (soma do rendimento dos moradores do domicílio) do último mês;
- Religião em que foi criado, quais foram as práticas religiosas ou espirituais na vida, prática atual e envolvimento com grupo ou instituição religiosa que frequenta;

- Filhos, quantos, moram onde, tem contato com eles, que tipo de contato (encontro pessoal, telefone, carta, computador);

II. Necessidades em saúde:

- O que pensa acerca de sua própria saúde? Por quê?
- Quais são seus problemas de saúde atuais? Que outros problemas o(a) Sr.(a) considera que foram importantes?
- Quando ou como o(a) Sr.(a) percebe que tem um problema de saúde?
- O(A) Sr.(a) tem vida saudável?
- Ao longo de sua vida o(a) Sr.(a) considera que teve problemas importantes de saúde? Quais problemas? Como os resolveu na ocasião? Quais recursos utilizados (família, amigos, igreja, serviço de saúde, outros)?
- Atualmente como resolve seus problemas de saúde? Quais recursos utilizados (família, amigos, igreja, serviço de saúde, outros)?
- Como é sua relação com a Unidade de Saúde? Com qual profissional da equipe de SF (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários) o(a) Sr.(a) tem mais contato? Qual sua opinião acerca da atenção prestada por eles? O(A) Sr.(a) acredita que recebe informações adequadas em relação ao(s) seu(s) problemas de saúde? Há dificuldade na compreensão do que lhe é falado? Existe alguma dificuldade no relacionamento com a equipe de SF?
- Existe(m) alguma(s) diferença(s) no tratamento de saúde em São Paulo, comparando ao tratamento que o(a) Sr.(a) tinha em sua cidade? Qual(is) diferença(s)?

- O que lhe falta para melhorar sua condição de saúde?

III. Cuidado em saúde:

- Como o(a) Sr.(a) cuida de sua saúde?
- O cuidado que o(a) Sr.(a) tem aqui em relação a sua saúde é diferente do cuidado que tinha em sua cidade? Em quê é diferente?
- Como seria o cuidado ideal em saúde?
- Existem dificuldades para cuidar de sua saúde? Quais?
- O(A) Sr.(a) se considera o(a) único(a) responsável por cuidar de sua saúde? Quem mais o auxilia? Como?
- Considerando o fato do(a) Sr.(a) não ser da cidade de São Paulo e sim ter vindo do Nordeste do país, existem dificuldades em tratar de sua saúde no Serviço em que é atendido?
- Antes do(a) Sr.(a) se mudar para São Paulo, o Sr.(a) fazia tratamento de saúde, lá no NE? Ou o(a) Sr.(a) só ia ao médico quando ficava doente?
- Onde o(a) Sr.(a) morava existia equipes de SF? Se sim, qual sua opinião acerca da atenção que eles prestavam? Se não, como era o serviço de saúde que o(a) Sr.(a) utilizava?
- Gostaria de comentar ou acrescentar alguma coisa?

ANEXO B – ROTEIRO 2: ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE

I. Caracterização pessoal:

- Sexo, idade, função na equipe de SF (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde), tempo que trabalha no PSF e tempo de trabalho na saúde.

II. Necessidades em saúde:

- O que você entende por necessidade em saúde?
- Como você vê os idosos desta comunidade e o migrante no contexto do trabalho da ESF?
- O idoso migrante se diferencia do não migrante em relação às questões de necessidade e cuidado em saúde?

III. Cuidado em saúde:

- Quais facilidades e dificuldades encontradas para tratar destes idosos em específico?
- Você acha que o fato deste idoso(a) ser de outra realidade sociocultural, distinta da realidade de São Paulo pode facilitar ou dificultar seu tratamento de saúde? Como?
- Existem facilidades ou dificuldades na comunicação com eles? Quais?
- E em relação à adesão ao tratamento, o que você tem a dizer?
- E o vínculo estabelecido com vocês?
- E acerca das crenças populares? O que você tem a dizer?

- Como é a relação deste migrante com sua família? E ambos com o serviço de saúde?
- Quais são as expectativas (positivas e negativas) comuns destes idosos em relação ao tratamento de saúde?
- Gostaria de comentar ou acrescentar alguma coisa?

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO HCFMUSP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA

Necessidades, demandas e cuidado em saúde de idosos migrantes atendidos por equipe de Saúde da Família.

PESQUISADORA: Cintia Arlete Ferreira Seabra

Convido o Sr.(a) a participar de um estudo sobre as necessidades de saúde de idosos que vieram do Nordeste e são atendidos pela equipe de saúde da família em São Paulo (SP).

Gostaria de ter a autorização do Sr.(a) para lhe entrevistar e gravar seu depoimento que será utilizado numa pesquisa que procura, dentre seus objetivos, conhecer como os idosos tratam seus problemas de saúde em São Paulo (SP) e também saber como é a relação desses idosos com a equipe de saúde da família no que diz respeito ao cuidado da saúde.

A participação do Sr.(a) neste estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, o Sr.(a) tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista. Além disso, poderá ouvir a gravação das entrevistas e solicitar que seja retirado o que o Sr.(a) não concorda. Caso decida não participar mais do estudo, o Sr.(a) não terá nenhum problema ou prejuízo no acesso à rede de serviços do Sistema Único de Saúde.

O Sr.(a) pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

O nome do Sr.(a) será mantido em segredo e as informações fornecidas não serão identificadas como suas. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

Qualquer dúvida o Sr.(a) pode entrar em contato com a pesquisadora Cíntia Arlete Ferreira Seabra e a orientadora Márcia Thereza Couto Falcão, no Depto. da Pós-Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455 - Cerqueira César - CEP: 01246903 - São Paulo – SP, no tel: 3061-7091 ou por e-mail: cintiaseabra@usp.br / marthet@usp.br (respectivamente). Em caso de dúvida sobre a ética da pesquisa entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – Tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, Fax: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnnet.usp.br e/ou com Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 9º andar – tel: 3397-2464 – E-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela pesquisadora.

_____ Nome do entrevistado	_____ Assinatura do entrevistado	____/____/____ Data
_____ Nome da pesquisadora	_____ Assinatura da pesquisadora	____/____/____ Data

São Paulo, de de 200 .

ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA CAPPESQ

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 10/09/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0518/08**, intitulado: "**NECESSIDADES, DEMANDAS E CUIDADO EM SAÚDE DE IDOSOS MIGRANTES ATENDIDOS POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**." apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Marcia Thereza Couto Falcão**

Pesquisador (a) Executante: **Cíntia Arlete Ferreira Seabra**

CAPPesq, 11 de Setembro de 2008

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa

Hillegonda Maria Dutilh Novaes
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
do Depto. de Medicina Preventiva

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 255, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br

ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO SMS/SP

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

2

PARECER Nº 144/08 – CEP/SMS CAAE: 0068.0.162.015-08

Os critérios para sua inclusão são: ter 60 anos de idade ou mais; haver se deslocado do Nordeste para a cidade de São Paulo, em um intervalo de 03 meses a 05 anos, com o propósito de tratar seu(s) problema(s) de saúde e não apresentar diagnóstico de demência. Aos integrantes da equipe Saúde da Família (ESF) caberá a realização da entrevista. Para a análise dos depoimentos coletados, será adotado o método de análise temática de conteúdo e o método de interpretação de sentidos, o qual fundamenta-se em princípios hermenêuticos-dialéticos.

IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

1. **Estrutura do protocolo:** adequada
2. **Análise de riscos e benefícios:** A pesquisa aparentemente não oferece riscos e seus resultados poderão contribuir para um melhor conhecimento sobre as necessidades, demandas e cuidado em saúde de idosos migrantes atendidos por equipe de saúde da família.
3. **Retorno de benefícios para sujeito e/ou para comunidade e para a Secretaria Municipal de Saúde:** O retorno dos resultados encontra-se assinalado no corpo do projeto.
4. **Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo:** adequados.
5. **Informação adequada quanto ao financiamento:** adequada
6. **Cronograma:** adequado

III. Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 9º andar - Telefone: 33972464 - e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar na unidade de saúde, é necessária também a permissão da autoridade administrativa.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra por ele assinado (item IV.2.d)
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Iara Coelho Zito Guerriero
Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

REFERÊNCIAS

- Adams WL, McIlvain HE, Lacy NL, Magsi H, Crabtree BF, Yenny SK, Sitorius MA. Primary care for elderly people: why do doctors find it so hard? *The Gerontologist* (Omaha). 2002;42(6):835-42.
- Adorno RCF, Castro AL. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. *Saúde e Sociedade* (São Paulo). 1994;3(2):172-85.
- Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2002;7(4):925-34.
- Aragão L. *Habermas: filósofo e sociólogo de nosso tempo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2002.
- Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2001;6(1):63-72.
- _____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.* (São Paulo). 2004;13(3):16-29.
- _____. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2007;17(1):43-62.
- Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- Barros MML. Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: Barros MML, organizador. *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1998. p. 113-68.
- Batista AS, Jaccoud LB, Aquino L, El-Moor PD. *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2008. 28v.
- Batista DMT. *Nas terras do “Deus-Dará”*: nordestinos e suas redes sociais em São Paulo [tese]. São Paulo: Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica; 1998.
- Becker HS. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
- Beltrão KI, Camarano AA, Kanso S. *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Rio de Janeiro: IPEA; 2004. (Texto para discussão, n. 1.034).

Borges SS. *O nordestino em São Paulo: desconstrução e reconstrução de uma identidade* [dissertação] São Paulo: História Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

Bourdieu P. *A miséria do mundo*. 3a ed. Rio de Janeiro: Petrópolis; 1999.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1988 [citado 15 abr. 2010]. Disponível em: <<http://www.alep.pr.gov.br/system/files/corpo/Con1988br.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. 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, 2003 3 out. [citado 18 jan. 2010]. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006b, edição 61, seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. *Evolução da população coberta por equipes de Saúde da Família implantadas*. Brasil - 1994 – dezembro/2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 26 fev. 2010]. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>.

Brito F. O deslocamento da população brasileira para as metrópoles. *Estudos Avançados* (São Paulo). 2006;20(57):221-36.

Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2003;19(3):773-81.

Caldeira T. *A política dos outros*. São Paulo: Brasiliense; 1984.

Camarano AA. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Rio de Janeiro: IPEA; 2002. (Texto para discussão, n. 858).

Camarano AA, El Ghaouri SK. *Família com idosos: ninhos vazios?* Rio de Janeiro: IPEA; 2003. (Texto para discussão, n. 950).

Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. Bras. Enferm.* (Brasília). 2004;57(5):611-4.

Campos CMS. *Necessidades de saúde pela sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)* [tese]. São Paulo: Programa Interunidades em Enfermagem das Escolas de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2007;8(23):605-18.

Campos MB, Barbieri AF, Carvalho JAM. Uma análise demográfica e espacial das migrações de idosos, 1980 a 2000. In: *Anais do 16º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 2008; Caxambú. Caxambú; 2008.

Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2003;19(4):923-31.

Cardel LMPS. *Migração, liminaridade e memória: um estudo sobre o choque entre imaginários e (re)construção de identidades* [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2003.

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2003;19(3):725-33.

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

Chammé SJ. Modos e modas da doença e do corpo. *Saúde Soc.* (São Paulo). 1996;5(2):61-76.

Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública* (São Paulo). 1999;33(5):445-53.

Cohen L. Não há velhice na Índia: os usos da gerontologia. In: Debert GG, organizador. *Antropologia e velhice*. 2a ed. Campinas: IFCH/Unicamp; 1998. p. 65-118. (Textos didáticos, n. 13).

Comerlato EMB, Guimarães I, Alves ED. Tempo de plantar e tempo de colher: as representações sociais dos profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento. *Rev. Eletrônica Enferm.* 2007 [citado 15 set. 2010];9(3):736-747. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a13.htm>>.

Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde Soc.* (São Paulo). 2004;13(3):5-15.

Costa FG. *A tomada de consciência e o grupo focal na transformação das representações sociais do envelhecimento: uma pesquisa de intervenção* [tese]. Brasília: Psicologia, Universidade de Brasília; 2006.

Courtenay WH. Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. 2000;50(10):1385-401.

Couto MCPP, Novo RF, Koller SH. Relações entre rede de apoio social, bem-estar psicológico e resiliência na velhice. In: Falcão DVS, Araújo LF, organizadores. *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados*. Campinas: Alínea; 2009a. p. 27-44.

Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Nogueira da Silva GS, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo W. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface: Comunic, Saúde, Educ.* 2010;14(33):257-270.

Couto MT, Schraiber LB, Ayres JRCM. Aspectos sociais e culturais da saúde e da doença. In: Martins MA, Carrilho FV, Alves VAF, Castilho EA, organizadores. *Tratado de clínica médica*. São Paulo: Ed. Manole; 2009b. p. 350-6.

Cunha JMP. Migração e urbanização no Brasil: alguns desafios metodológicos para análise. *São Paulo em Perspectiva* (São Paulo). 2005;19(4):3-20.

Cunha NV. O desafio de uma antropologia das idades. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* (Rio de Janeiro). 2000;6(3):712-7.

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.

Debert GG. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: Debert GG, organizador. *Antropologia e velhice*. 2a ed. Campinas: IFCH/Unicamp; 1998. p. 7-27. (Textos didáticos, n. 13).

Duarte YAO, Lebrão ML. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. *O Mundo da Saúde* (São Paulo). 2005;29:566-74.

Durham ER. *A dinâmica da cultura*. São Paulo: Cosac Naify; 2004.

Featherstone M. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. In: Debert GG, organizador. *Antropologia e velhice*. Campinas: IFCH/Unicamp; 1998. p. 45-64. (Textos didáticos, n. 13).

Figueiredo MLF, Tyrrel MAR, Carvalho CMRG, Luz MHBA, Amorim FCM, Loiola NLA. As diferenças de gênero na velhice. *Rev. Bras. Enferm.* 2007;60(4):422-7.

Figueiredo WS. *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidade de saúde dos homens na atenção primária* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina. *Ciênc. Saúde Coletiva para a Sociedade* (São Paulo). 2010 [citado 3 jun. 2010]. Disponível em:

<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3153>.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2008;24(1):17-27.

Fontes P. *Um Nordeste em São Paulo: trabalhadores migrantes em São Miguel Paulista* (1945-66). Rio de Janeiro: FGV; 2008.

Furtado J. *Ilha das flores* [filme curta-metragem]. Brasil; 1989. 13 min. color. son. 35 mm.

Gadamer HG. Mistério da saúde. In: Gadamer HG. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70; 1997. p. 101-11.

Garcia MAA, Odoni APC, Souza CS, Frigério RM, Merlin SS. Idosos em cena: falas do adoecer. *Interface* (Botucatu). 2005;9(18):537-52.

Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* (São Paulo). 2002;24:3-6.

Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(1):200-6.

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CF. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 185-221.

Groisman D. A velhice, entre o normal e o patológico. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos* (Rio de Janeiro). 2002;9(1):61-78.

Günther IA. Envelhecimento, relações sociais e ambiente. In: Falcão DVS, Araújo LF, organizadores. *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados*. Campinas: Alínea; 2009. p. 11-25.

Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2005;15(suplemento):57-70.

Horochovski MTH. Representações sociais: delineamentos de uma categoria analítica. *EmTese – Revista eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC*. 2004 [citado 15 set. 2010];2(1):92-106. Disponível em: <<http://www.emtese.ufsc.br/>>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): trabalho e rendimento*. Rio de Janeiro: IBGE; 2007 [citado 15

abr. 2010]. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/>>.

_____. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050* (Revisão 2008). Rio de Janeiro: IBGE; 2008 [citado 15 abr. 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>.

_____. *Censo 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 20 dez. 2010]. Disponível em : <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>.

Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2003;19(3):745-57.

Lloyd-Sherlock P. Living arrangements of older persons and poverty. *Population Bulletin of the United Nations*. 2001;(Special Issue 42/43).

Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* (São Paulo). 2008;42(4):733-40.

Lyra MRSB. *O processo de migração de retorno no fluxo Pernambuco – São Paulo – Pernambuco* [tese]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto Contexto – Enferm.* (Florianópolis). 2008;17(1):131-40.

Mandú ENT, Silva GB. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* (Ribeirão Preto). 2000;8(4):15-21.

Martins HHTS. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa* (São Paulo). 2004;30(2):289-300.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; UERJ; IMS; 2001.

Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver – SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-37. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 1988 [citado 3 jun. 2010];4(4):363-81. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400003&lng=pt&nrm=iso>.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.

Minayo MCS, Coimbra Junior CEA. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Minayo MCS, Coimbra Junior CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 11-23.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 1993;9(3):239-62.

Minuchin S. *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.

Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc. Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2007;12(2):363-72.

Nardi HC. O *Ethos* masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 95-103.

Neri AL. Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia. In: Neri AL, organizador. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus; 2001. p. 11-37.

Neri AL, Born T, Grespan SM, Medeiros SL. Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social. In: Diogo MJD, Neri AL, Cachioni M. *Saúde e qualidade de vida na velhice*. Campinas: Alínea; 2004. p. 11-37.

Neri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri AL, organizadora. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea; 2006. p. 9-63.

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc.* (São Paulo). 2004;13(3):44-57.

Nunes E. Carências e modos de vida. *São Paulo em Perspectiva* (São Paulo). 1990;4(2):2-7.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(6):1639-46.

Oliveira FJA. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Fiocruz; 1998. p. 81-94.

Oliveira KF, Jannuzzi PM. Motivo para migração no Brasil e retorno ao Nordeste: padrões etários, por sexo e origem/destino. *São Paulo em Perspectiva* (São Paulo). 2005;19(4):134-43.

Oliveira MSBS. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Rev. Bras. Ci. Soc.* (São Paulo). 2004;19(55):180-6.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OMS; 2005.

Paim HHS. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 31-47.

Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública* (São Paulo). 2005;39(3):383-91.

Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 1999;15(3):487-96.

Puerta YB. Tiempo biológico y tiempo social. *Gazeta de Antropología* (Espanha). 2001;(17):1-12.

Rodrigues N, Caroso CA. Idéia de ‘sofrimento’ e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 137-49.

Rogers A, Raymer J. Immigration and the regional demographics of the elderly population in The United States. *J Gerontol: Social Sciences*. 2001;56B(1):44-55.

Sá CP. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.

Sancovschi B. Sobre a noção de representação em S. Moscovici e F. Varela. *Psicol. Soc.* (Porto Alegre). 2007;19(2):7-14.

Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia* (Campinas). 2008;25(4):585-93.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública* (São Paulo). 1995;29(1):63-74.

Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2005;10(1):7-17.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.

Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000.

Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2007;17(1):29-41.

Silva L. *O processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar* [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2006;22(8):1629-38.

Silverman D. *Interpretação de dados qualitativos: métodos para a análise de entrevistas, textos e interações*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman; 2009.

Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2003;19(3):839-47.

Siqueira KM, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMC, Andraus LMS. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto Contexto - Enferm.* 2006;15(1):68-73.

Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciênc. Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2002;7(4):899-906.

Sluzki CE. A extinção progressiva da galáxia: a rede social na velhice. In: Sluzki CE. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997. Cap. 6, p. 117-26.

Sousa MF. A cor do PSF (princípios orientadores) In: Sousa MF. *A cor-agem do PSF*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 35-40.

Souza ER, Minayo MS, Ximenes LF, Deslandes SF. O idoso sob o olhar do outro. In: Minayo MS, Coimbra EA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 191-209.

Sposati A. Um novo olhar sobre a cidade. In: Sposati A. *Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo*. São Paulo: Educ; 1996.

_____. *A cidade em pedaços*. São Paulo: Brasiliense; 2001.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.

Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver - SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 284-99. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Torres SVS, Sé EVG, Queroz NC. Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In: Diogo MJD, Neri AL, Cachioni M. *Saúde e qualidade de vida na velhice*. Campinas: Alínea; 2004. p. 87-106.

Trad LAB, Tavares JSC, Soares CS, Ripardo RC. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(4):797-806.

Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2003;19(3):849-53.

Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* (São Paulo). 2009;43(3):548-54.