**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JEANE ROZA QUINTANS

**PERCEPÇÃO DE IDOSOS ATENDIDOS EM UMA
UNIDADE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
ABORDAGEM ETNOGRÁFICA**

**SÃO PAULO
2016**

JEANE ROZA QUINTANS

**PERCEPÇÃO DE IDOSOS ATENDIDOS EM UMA
UNIDADE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
ABORDAGEM ETNOGRÁFICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de
Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Maria Melleiro

SÃO PAULO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Quintans, Jeane Roza

Percepção de idosos atendidos em uma unidade de estratégia saúde da família: abordagem etnográfica / Jeane Roza Quintans. São Paulo, 2016.

203 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Maria Melleiro

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Envelhecimento. 2. Atenção primária à saúde.
3. Assistência à saúde. 4. Serviços de saúde. 5. Avaliação de serviços. 6. Resiliência (psicologia). I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Jeane Roza Quintans

Título: Percepções de idosos atendidos em uma Unidade de Estratégia Saúde da Família: abordagem etnográfica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Marta Maria Melleiro

Instituição: Escola de Enfermagem USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Ao meu avô Otacílio (in memoriam)

por me ensinar a amar a vida

Ao meu pai Pedro e à minha mãe Otalina

pelo amor, apoio, dedicação, paciência e exemplos de vida

Eles me ensinaram a perceber o envelhecimento

como um processo importante da vida que necessita ser

experimentado com dignidade

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, pela vida e paz.

À Prof^a. Dr^a. Marta Maria Melleiro, pela orientação, dedicação, confiança e preciosos ensinamentos.

À Prof^a. Dr^a. *Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez* pelo apoio, incentivo, confiança e estímulo com o meu crescimento profissional e acadêmico.

À Prof^a. Dr^a. *Daisy Maria Rizatto Tronchin*, pelo apoio e pelas importantes contribuições para o desenvolvimento deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. *Fernanda Maria Togeiro Fugulin* pelas contribuições no exame de qualificação.

A *Joab Batista dos Santos* pelo apoio, carinho, compreensão, incentivo e preciosa ajuda.

A *Flávia Renata Fratezi*, pela importante amizade, apoio, ajuda e ricas contribuições.

A *Tatiana Yonekura*, pelo apoio, contribuições e amizade.

A *Mariana Dantas de Souza*, *Tatiana Sales* e *Mayla Youko Kato*, pela ajuda e amizade.

Aos *colegas do Grupo de Pesquisa*, pelas experiências compartilhadas.

Ao *Hospital do Coração- HCor*, especialmente aos meus gestores *Armando De Negri Filho*, *Bernardete Weber* e *Enilda Maria de Sousa Lara* pelo incentivo e apoio.

Aos meus *colegas do LIGRESS/HCor* - Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Regulação e Avaliação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde do Hospital do Coração, pelo apoio e aprendizagem.

Aos *Agentes Comunitários de Saúde* pela paciência e disposição.

Aos *idosos* participantes deste estudo por compartilharem as suas trajetórias de vida e pelos ricos ensinamentos.

Jeane RQ. Percepção de idosos atendidos em uma Unidade de Estratégia Saúde da Família: abordagem etnográfica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A atual mudança do perfil etário da população brasileira tem afetado a dinâmica dos sistemas de saúde, sociais, econômicos e políticos existentes, indicando a necessidade da articulação entre esses setores e o fortalecimento de políticas que proporcionem situação de independência aos idosos. Assim, a atenção primária vem sendo considerada uma importante estratégia, devendo apresentar acessibilidade e adaptação às necessidades dos idosos. **Objetivos:** Compreender a percepção de idosos atendidos em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, do Município de São Paulo, acerca do processo de envelhecimento e conhecer as necessidades de saúde autorreferidas por esse grupo social. **Percorso metodológico:** Estudo qualitativo de abordagem etnográfica, cujo cenário cultural foi uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os participantes foram dez idosos atendidos na referida ESF. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e da observação participante, no período de junho de 2015 a janeiro de 2016. Os achados foram apresentados na forma de narrativa e analisados segundo Minayo e à luz do referencial teórico da Resiliência e do Envelhecimento Ativo. **Resultados:** Das narrativas emergiram cinco categorias culturais, a saber: a percepção do envelhecimento e da velhice; a violência ao idoso; o ostracismo social; o acesso aos serviços de saúde e social: fatores dificultadores; a avaliação da ESF. A percepção do envelhecimento esteve associada à diminuição da capacidade funcional e às limitações físicas e cognitivas. Esse processo remeteu aos idosos a consciência da finitude e do luto antecipado, que afetou a perspectiva de vida desestimulando a realização de ações que proporcionassem bem-estar. Os discursos apresentaram, ainda, a problemática da violência por meio de abuso financeiro e abandono de familiares e dos setores formais, favorecendo o sentimento de solidão e de improdutividade. Esses componentes destacaram os fatores de riscos que interferiram no processo de resiliência, como a falta de acesso aos recursos necessários para o suprimento das necessidades sociais e de saúde, impossibilitando a continuidade de cuidado e a piora do quadro clínico. **Considerações finais:** O estudo permitiu identificar a percepção e as necessidades sociais e de saúde dos idosos. A falta de acesso aos serviços afetou a dinâmica social e familiar, a saúde e o bem-estar dos participantes. Assim, os serviços de atenção aos idosos precisam atuar diretamente sobre os determinantes que favorecem o Envelhecimento Ativo, por meio de ações que potencializem o bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a vida.

DESCRIPTORIOS: Envelhecimento. Atenção primária à saúde. Assistência integral à saúde. Acesso aos serviços de saúde. Avaliação de serviços de saúde. Resiliência psicológica.

Jeane RQ. Elderly perception assisted in a Family Health Strategy Unit: ethnographic approach [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: The change of population age profile in Brazil influences the dynamics of existing systems such as health, social, economic and political, suggesting the need for articulation between services and strengthening of policies that provide independence of the elderly. The primary health care is an important resource and must present accessibility and adaptation to the elder's needs. **Objective:** Understanding the perception of aging process, of elderly treated in Family Health Strategy Service of São Paulo city and to know the health needs self-reported by this social group. **Methods:** Qualitative study using an ethnographic approach, focusing on the cultural scenario of the Family Health Strategy Unit (FHS). The participants in this study were ten elders treated in FHS. The data collection were done from June 2015 to January 2016. Was taken from narratives and analyzed according to Minayo, resilience theory and Active Aging. **Findings:** The following five cultural categories emerged from the narratives: perception about aging and oldness; the health and social services accessibility; difficulty factors; the elder abuse; the social ostracism; health and social services accessibility; FHS assessment. The perception of aging was associated with decreased functional capacity and physical and cognitive limitations. This process referred the elderly to awareness of finitude and anticipated mourning, which affected the prospect of life discouraging the realization of actions that provided welfare. The narrative presented the problem of violence through financial abuse, family neglect and formal sectors, favoring the feeling of abandonment, of loneliness and lack of productivity. These components highlighted the risk factors that interfere with the resilience process, such as lack of accessibility to the resources needed for the supply of social and health needs, preventing the continuity of care and the worsening of clinical symptoms. **Final considerations:** This study provided the perception, the social and health needs of the elderly. Lack of accessibility to services affected the social and family dynamics, health and welfare of participants. Care services for the elderly needs to act directly on the determinants that promote Active Aging, through actions that enhance the physical, social and mental well-being throughout life.

DESCRIPTORS: Aging. Primary health care. Comprehensive health care. Health services accessibility. Health services evaluation. Resilience, psychological.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema demonstrativo dos capítulos desta dissertação em quatro eixos norteadores	20
Figura 2	O acesso e a sua relação com a atenção ao idoso	144
Figura 3	Avaliação do serviço baseada na perspectiva dos idosos	148
Figura 4	Modelo relacional entre o indivíduo e o contexto na resiliência	159
Figura 5	O Envelhecimento Ativo aplicado às categorias culturais	164
Figura 6	Relação entre as categorias culturas e os determinantes do Envelhecimento Ativo	167
Figura 7	Ações no âmbito da macrogestão, mesogestão e microgestão na perspectiva do envelhecimento	171

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Perfil socioeconômico dos participantes	45
Quadro2	Capacidade funcional e autoavaliação de saúde dos idosos	47

LISTA DE SIGLAS

AAVDs	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVDs	Atividades Básicas de Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AM	Estado do Amazonas
AMAs	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária de Saúde
AVDs	Atividades de Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social
DCNTs	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
EA	Envelhecimento Ativo
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

MOTIVAÇÃO DO ESTUDO	14
OBJETIVOS DO ESTUDO.....	17
EIXO NORTEADOR.....	19
CAPÍTULO 1 O DESAFIO DO ENVELHECIMENTO.....	21
1.1 PANORAMA DO ENVELHECIMENTO.....	22
1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS VISANDO O ENVELHECIMENTO ATIVO.....	25
1.3 O CONCEITO DE QUALIDADE E SUA INTERFACE COM AS NECESSIDADES DE SAÚDE DE IDOSOS	30
CAPÍTULO 2 REFERENCIAIS TEÓRICO - METODOLÓGICOS.....	34
2.1 A OPÇÃO PELO MÉTODO QUALITATIVO	35
2.2 ANTROPOLOGIA CULTURAL	36
2.3 MÉTODO ETNOGRÁFICO	38
CAPÍTULO 3 PERCURSO METODOLÓGICO	42
3.1 CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO.....	43
3.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	44
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
3.4 COLETA DOS DADOS: OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E ENTREVISTA	48
3.4.1 Observação participante.....	48
3.4.2 Entrevistas.....	50
3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	52
CAPÍTULO 4 NARRATIVAS, VIVÊNCIAS E SENTIMENTOS.....	54
CAPÍTULO 5 CATEGORIAS CULTURAIS	109
5.1 A PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO E DA VELHICE	111
5.2 A VIOLÊNCIA AO IDOSO	117
5.3 O OSTRACISMO SOCIAL	124
5.3.1 O sentimento de solidão e o afastamento social	126

5.3.2 O suporte social e sua interface com a autonomia do idoso	132
5.3.3 A integração dos serviços como componente potencializador da interação social dos idosos	139
5.4 O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SOCIAIS: FATORES DIFICULTADORES.....	143
5.5 A AVALIAÇÃO DO SERVIÇO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	147

CAPÍTULO 6 ANÁLISE INTERPRETATIVA À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO153

CAPÍTULO 7 PERSPECTIVAS E DESAFIOS FRENTE À SAÚDE DO IDOSO..... 169

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 174

REFERÊNCIAS..... 177

APÊNDICES..... 191

ANEXOS 196

Motivação do estudo

Motivação do estudo

A gerontologia é a ciência que estuda o processo de envelhecimento nas dimensões biológica, psicológica e social. Fundamentado nessa concepção, o bacharel em gerontologia obtém a competência de atuar junto às demandas assistenciais específicas dos idosos, seus familiares e cuidadores contribuindo para que o processo de envelhecimento seja orientado e assistido.

Essas bases, durante minha graduação em gerontologia, aumentaram o meu interesse pela qualidade e segurança nos serviços de saúde, elementos fundamentais na atenção ao idoso.

Nessa direção, durante a minha trajetória acadêmica, foquei os meus estudos na abordagem do cuidado aos idosos e seus cuidadores/familiares, no intuito de promover e favorecer a qualidade e a segurança assistencial a esse grupo populacional.

Assim, minha trajetória profissional teve início em 2009, em uma Organização Não Governamental (ONG) de apoio a cuidadores/familiares de pacientes com a doença de Alzheimer, levando-me em 2011 ao desenvolvimento de atividades de pesquisa, na perspectiva das políticas públicas no Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Regulação e Avaliação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde do Hospital do Coração de São Paulo (LIGRESS/HCor).

Nessa oportunidade, participei de um estudo de revisão que tinha por objetivo identificar modelos de serviços nacionais e internacionais, os quais pudessem apoiar o manejo integrado e continuado da cronicidade e do envelhecimento no Brasil. Além disso, essa pesquisa propiciou a realização de visitas a serviços de atenção aos idosos na cidade de Manaus (AM) e sua interface com os serviços do Município São Paulo.

Esses fatores levaram-me a questionar e a refletir sobre as políticas públicas existentes no Brasil centradas no envelhecimento e na necessidade de implantação e de implementação de ações que favorecessem a qualidade da atenção aos idosos em todo o território brasileiro, respeitando-se os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse período ingressei no Grupo de Pesquisa Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde, e, posteriormente, no Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da USP, a fim de aprofundar os estudos sobre a temática da qualidade, o processo de envelhecimento populacional e as políticas públicas direcionadas aos idosos; culminando no

Motivação do estudo

desenvolvimento deste estudo, com a finalidade de contribuir com a atenção aos idosos no Brasil.

Objetivos do estudo

-
- Compreender a percepção de idosos atendidos em uma Unidade de Estratégia Saúde da Família, do Município de São Paulo, acerca do processo de envelhecimento;
 - Conhecer as necessidades de saúde autorreferidas por esse grupo social.

Eixo norteador

Eixo norteador

A Figura 1 apresenta a lógica de inserção dos capítulos desta dissertação em quatro eixos norteadores: Políticas públicas, Avaliação do serviço de saúde, Pesquisa qualitativa e a Viabilidade do estudo.

Figura 1 - Esquema demonstrativo dos capítulos desta dissertação em quatro eixos norteadores, São Paulo – 2016.

Fonte: Quintans RQ, Melleiro MM. São Paulo; 2016.

CAPÍTULO 1

O desafio do envelhecimento

1.1 PANORAMA DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo, irreversível, heterogêneo, acompanhado por alterações biológicas, psicológicas e sociais. Envolve todas as fases do ciclo vital, iniciando desde a concepção do indivíduo e o acompanhando por todo o tempo de vida, encerrando com a morte (Stein, Kalache, 1999; Neri, 2005; Papaléu-Netto, 2006; Neri, 2014).

O envelhecimento biológico é caracterizado por alteração na capacidade de manutenção da homeostase perante situações de sobrecarga do organismo, além de modificações celulares, funcionais e moleculares. O envelhecimento psicológico é acompanhado por transformações nas habilidades de percepção, rapidez da aprendizagem e memória e o envelhecimento social compreende as mudanças nos papéis e comportamentos sociais (Neri, 2014).

O ritmo, a duração e os efeitos do processo de envelhecimento variam de acordo com as diferenças individuais e de grupos etários e dependem de eventos de natureza genético-biológica, sócio-histórica e psicológica (Neri, 2014).

O aumento da expectativa de vida, a diminuição das taxas de mortalidades e fecundidades levou a um processo de transição e transformação demográfica, que é consequente do desenvolvimento econômico, dos avanços tecnológicos, da modernização das sociedades e das melhores condições de vida experimentadas nas primeiras décadas do século XX nos países europeus, posteriormente, por todos os países do mundo (Stein, Kalache, 1999; Vasconcelos, Gomes, 2012; Veras, 2012).

Essa transição demográfica favoreceu o fenômeno universal do envelhecimento, que reformulou a estrutura etária populacional em diversos países (United Nations, 2001; WHO, 2015a).

Nos países em desenvolvimento é classificado como idoso aquele com idade igual ou superior a 60 anos; em contrapartida em países desenvolvidos consideram-se os indivíduos com 65 anos ou mais (Brasil, 1994; 2003).

Dados estatísticos demonstram uma rapidez no envelhecimento da população mundial. No período entre 2015 a 2050, a proporção de pessoas com idade superior a 60 anos passará de 12% a 22% (WHO, 2015a). No ano de 2025, o Brasil será o sexto país em número de idosos, com cerca de 32 milhões de pessoas nessa faixa etária (Schneider, Irigaray, 2008).

O envelhecimento populacional não é apenas representado pelo aumento do número de idosos, mas também, pela diminuição relativa da proporção de crianças e jovens e aumento na proporção de adultos e idosos na população geral (IBGE, 2010). O número de jovens tem sido cada vez menor em relação ao de idosos, o que impacta diretamente a dinâmica social existente.

No ano de 2020 espera-se que a população de idosos seja maior que o número de crianças com idade inferior a cinco anos, sendo que 80% estarão em países de baixa e média renda (United Nations, 2001; WHO, 2015a).

Além do fator do aumento do número de idosos na população mundial, outro fator evidente é o aumento do número de idosos muito idosos, que são aqueles com idade igual ou superior a 80 anos. O crescimento anual desse grupo é de 3,85%, quase o dobro comparado com a taxa de crescimento dos idosos com 60 anos (1,9%). Dados estatísticos indicam que no ano de 2050, um em cada cinco idosos terá 80 anos ou mais (United Nations, 2001; WHO, 2015a).

Essa mudança do perfil da população afeta a dinâmica dos serviços de saúde, sociais, econômicos e políticos existentes. São necessários estímulos e discussões que favoreçam a transformação das estruturas existentes na sociedade e verifiquem a viabilidade dos sistemas de pensões e benefícios existentes, o aumento dos custos e demanda dos serviços de saúde e as estruturas de cuidados informais (United Nations, 2001).

No âmbito da saúde, o Brasil é caracterizado pela tripla carga das doenças, manifestada pela coexistência de condições crônicas, doenças infecciosas/parasitárias e causas externas de morbidade (Goulart, 2011; Mendes, 2012). De acordo com Mendes (2012), as condições agudas podem evoluir para condições crônicas, assim como, estas podem apresentar agudizações.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2012a), doenças crônicas são aquelas que possuem múltiplas causas, têm início gradual, prognóstico, muitas vezes, incerto e duração longa ou indefinida. Considerando o cenário do envelhecimento populacional, a relevância desse tema deve ser destacada, pois os idosos são considerados grupo de risco para as doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs (Goulart, 2011).

As DCNTs afetam a capacidade funcional dos idosos que é considerado um importante indicador de saúde (Ramos, 2009). A perda da capacidade funcional é o principal problema que pode afetar a população idosa (Brasil, 2006a).

De acordo com Neri (2014), capacidade funcional é o grau com que o indivíduo consegue realizar as atividades de vida diária com os próprios meios, sendo o resultado da interação de todas as capacidades físicas e mentais desenvolvidas durante a vida.

A avaliação da capacidade funcional é realizada por meio da aptidão de realizar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), que incluem as atividades de autocuidado, como habilidade para alimentar-se, vestir-se, ter controle dos esfíncteres, locomoção e banho; das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), que indicam a possibilidade de vida independente na comunidade, como a realização de tarefas domésticas, compras, dentre outras; e as Atividades Avançadas de Vida Diária (AADVs), que envolvem as atividades cotidianas mais complexas (Caldas, 2006; Neri, 2014).

Estudos constataram que aproximadamente 40% de idosos com 65 anos ou mais apresentaram dificuldades para a realização das AIVDs, e 10% precisaram de auxílio para realizar as ABVDs (Parayba, 2005; Maciel, Guerra, 2007). Considerando os idosos institucionalizados, estudo realizado por Oliveira e Mattos (2012) verificou que 31,2% desses indivíduos apresentaram dependência total para a realização das ABVDs.

Os idosos institucionalizados apresentam maior prevalência de dependência quando comparados aos idosos que vivem na comunidade (Oliveira, Mattos, 2012). Avaliando a esperança de vida saudável aos 60 anos e o período de vida sem saúde, no Brasil, os anos de vida sem saúde variaram de 7,7 anos para os homens e 8,7 para as mulheres (Camarano et al., 2004).

De acordo com os dados apresentados, reconhecemos que são muitos os desafios decorrentes do fenômeno do envelhecimento populacional. É evidente e alarmante a necessidade de reestruturação dos serviços existentes. Além disso, é necessário jogar luzes à articulação entre os setores sociais e de saúde, tendo em vista a importância da elaboração e fortalecimento de políticas que proporcionem situação de independência aos idosos pelo maior tempo possível. Por fim, que esse aumento da expectativa de vida seja usufruído com saúde e qualidade de vida.

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS VISANDO O ENVELHECIMENTO ATIVO

A proposta do Envelhecimento Ativo (EA) foi uma contribuição resultante das discussões ocorridas na Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizada em 2002, em Madri, Espanha (OMS, 2005). Esse evento objetivou promover as prioridades relacionadas ao envelhecimento em nível mundial.

Os resultados dessa Assembleia possibilitaram o avanço dos Planos de Ação da Primeira Assembleia Mundial, que ocorreu no ano de 1982, por meio da formulação de uma resposta internacional aos desafios e oportunidades do envelhecimento da população mundial e o seu impacto no desenvolvimento da sociedade. Foi aprovada uma Declaração Política e o Plano Internacional de Madri, que estimularam ações dos governos frente ao desafio do EA. Esses documentos reuniram um conjunto de 117 recomendações que abrangeram as seguintes esferas prioritárias: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde, o bem-estar na velhice e garantia de um ambiente propício e favorável (UNRIC, 2002).

O objetivo precípua do referido Plano era que todos os países instituíssem como meta para o Século XXI o desenvolvimento de ações que favorecem um EA. O Plano teve por finalidade assegurar aos idosos as garantias dos direitos humanos, oportunidades de realização pessoal, um envelhecimento saudável e seguro, participação ativa na vida econômica, social, cultural e política (UNRIC, 2002).

A citada Assembleia expressou o empenho em garantir um envelhecimento ativo por meio do incentivo à vida saudável, acessos aos serviços, investimentos nos serviços sociais, incentivo à participação no mercado de trabalho e proteção aos direitos dos idosos (UNRIC, 2002).

Nesse aspecto, o EA é uma política de saúde que visa proporcionar o maior tempo de vida saudável e a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento de indivíduos ou grupos populacionais. Essa política foi fundamentada nos Princípios das Nações Unidas para idosos, que são: independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade (OMS, 2005; ILC-BR, 2015).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), as ações da Política do EA foram constituídas com base em quatro pilares fundamentais:

- 1) Saúde: contribuição para que o processo de envelhecimento seja constituído por qualidade de vida, um maior tempo de vida saudável e independência.

O desafio do envelhecimento

Favorecer o acesso a serviços de saúde e social que atendam às necessidades e aos direitos dos indivíduos durante o processo de envelhecimento;

- 2) Aprendizagem ao longo da vida que suporta todos os outros pilares, pois o conhecimento contribui com a saúde e maior participação na sociedade e aumenta a segurança;
- 3) Participação: ações intersetoriais que proporcionem a participação dos indivíduos na sociedade em atividades culturais, espirituais e socioeconômicas;
- 4) Segurança/ Proteção: desenvolvimento de políticas e programas que contribuem com as necessidades e direitos dos idosos e garanta a segurança social, física e financeira para assegurar a proteção, a dignidade e a assistência aos idosos, famílias e comunidades (OMS, 2005; Kalache, 2013; ILC-BR, 2015).

A síntese dos conceitos da estrutura política destinada ao EA, segundo definição inicial da OMS, ressaltou os Princípios das Nações Unidas (independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade). A influência dos determinantes no processo do envelhecimento que são de âmbitos pessoais, comportamentais, econômicos, sociais, ambientes físicos e acesso aos serviços sociais e de saúde, e também os determinantes transversais de cultura e gênero. E os pilares que representam as áreas de ações fundamentais (OMS, 2005; ILC- BR, 2015).

A Política do EA, ao adotar a perspectiva do curso de vida, reconhece a heterogeneidade e a diversidade individual dos idosos (OMS, 2005; ILC-BR, 2015). O curso de vida é a análise das mudanças observadas desde o nascimento até a morte, que são influenciadas pelas interações biológicas, sociais, psicológicas, históricas e geográficas, que podem ser de caráter normativo ou não-normativo (Hendricks, 2012).

A interação dos determinantes do processo do envelhecimento, destacados pela OMS, afeta a maneira como cada indivíduo envelhece. Portanto, é importante o conhecimento do impacto desses determinantes na vida dos idosos, pois favorecem a melhor estruturação de ações voltadas a essa população (OMS, 2005; ILC- BR, 2015).

Nesse contexto, é necessário o desenvolvimento de políticas públicas de garantia de direitos que protejam os idosos em suas necessidades, que reduzam as iniquidades e a exclusão social e favoreçam a sua participação na sociedade (Louvison, Barros, 2009).

No âmbito das políticas públicas, no Brasil, observaram-se alguns avanços como a Política Nacional do Idoso, que promulgada no ano de 1994 e regulamentada em 1996, assegurando os direitos sociais aos idosos e o favorecimento das condições para a promoção da autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Brasil, 1994).

Impactado pelo EA, que é considerada uma política de direitos, no ano de 2003 foi aprovado o Estatuto do Idoso, assegurando a atenção integral ao idoso, reafirmando os direitos na área da saúde, a efetivação do direito à vida, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito, convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003).

Com relação às políticas setoriais de saúde, o Pacto pela Saúde 2006 considerou a saúde do idoso uma das seis prioridades acordadas entre as três esferas de governo e propôs uma série de ações que visaram à implementação das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006a).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) apresenta as seguintes diretrizes: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Brasil, 2006b).

O ano de 2006 foi marcado por diferentes ações voltadas aos idosos, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). A saúde do idoso foi uma das áreas definidas como estratégicas para a operacionalização da Atenção Básica (Brasil, 2006c).

A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que engloba a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o intuito de favorecer a atenção integral que

contribua com o estado de saúde, autonomia individual, como também com os determinantes e condicionantes de saúde coletivos (Brasil, 2012b).

A OMS reconheceu a importância da Atenção Primária na saúde dos idosos e destacou a relevância desses serviços possuírem acessibilidade e adaptação às necessidades da população idosa (WHO, 2008). De acordo com Louvison e Barros (2009), acesso é a possibilidade de o cidadão utilizar a rede de atenção sempre que achar necessário e, dessa forma, gerar demanda aos serviços.

A Atenção Primária de Saúde (APS) constitui-se a porta de entrada do sistema de saúde, e é caracterizada como o primeiro nível de atenção do SUS, o qual abarca uma rede hierarquizada e organizada em complexidades crescentes (Giovanella, Mendonça, 2013).

Os serviços de APS devem ser orientados para a comunidade, reconhecendo suas necessidades. Nesse cenário, destaca-se o papel de coordenação do cuidado que deve ser exercido pela APS, cada vez mais indispensável em uma sociedade em processo de envelhecimento populacional (Giovanella, Mendonça, 2013).

A coordenação do cuidado é caracterizada pela transferência de informações adequadas entre os serviços de referências e contrarreferências sobre os problemas de saúde dos usuários, de maneira a garantir a continuidade do cuidado. Ao refletir sobre a atenção em saúde de idosos, evidencia-se a crescente prevalência de doenças crônicas e a necessidade de utilização de diversos serviços com diferentes complexidades, exigindo assim coordenação desse cuidado (Giovanella, Mendonça, 2013).

Na perspectiva do EA, a OMS criou o projeto intitulado Atenção Primária Amiga do Idoso, que favorece a adaptação e a acessibilidade de acordo com as necessidades dos idosos e estruturou um conjunto de ferramentas de apoio aos serviços e aos profissionais para a implantação dos princípios amigáveis ao atendimento ao idoso, com o intuito de melhorar as respostas dos serviços no âmbito da APS, educação e capacitação dos profissionais dos serviços no atendimento ao idoso (WHO, 2008).

O Ministério da Saúde lançou, no ano de 2006, o Caderno de Atenção Básica; Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, que foi desenvolvido com base no Pacto pela Vida descrito no Pacto pela Saúde (Brasil, 2006b) e as Políticas Nacionais de Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da

O desafio do envelhecimento

Saúde e Humanização do SUS.

O objetivo do referido material foi favorecer e propiciar uma maior resolutividade às necessidades da população idosa na APS, apresentando elementos técnicos em relação à saúde ao idoso, de modo a favorecer a prática diária dos profissionais de saúde, os quais atuam nesse âmbito de assistência (Brasil, 2006d).

Ao recorrermos à literatura, no sentido de encontrar as Políticas Públicas com foco no envelhecimento, reconhecemos o avanço no sentido teórico-político, porém identificamos a dificuldade da implementação de ações efetivas nos serviços de atenção aos idosos.

Nessa perspectiva, destacamos a necessidade da participação conjunta entre governo, serviços (públicos, privados e filantrópicos) e da população para o enfrentamento dos desafios do envelhecimento populacional.

Nessa direção, destacamos os conceitos de macrogestão, mesogestão e microgestão nesse processo, descritos a seguir:

- Macrogestão: inclui as ações do governo por meio da implantação de políticas públicas que protejam a população e possibilitem o acesso aos serviços necessários, e também incluem medidas que recaiam sobre a educação, o ambiente, a economia e tecnologia;
- Mesogestão: compreende os recursos no âmbito dos serviços que devem desempenhar atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- Microgestão: inclui as ações desenvolvidas diretamente com o indivíduo (Kapuriri et al., 2007; Román, 2012).

Logo, essa ótica de gestão é importante e traz um grande desafio, na dinâmica da atenção à população idosa, pois destaca o reconhecimento dos determinantes pessoais, comportamentais, econômicos, sociais, ambientais e de acesso aos serviços sociais e de saúde e, também, os determinantes transversais de cultura e gênero no processo do envelhecimento.

Outrossim, é imperativo que haja avanços nas práticas da atenção à saúde e sociais aos idosos, desde a articulação da referência e da contrarreferência nesses serviços, de forma a garantir a acessibilidade, bem como o reconhecimento das expectativas e das necessidades, segundo a percepção desse grupo

populacional para o adequado planejamento e na efetiva implantação de ações/políticas.

1.3 O CONCEITO DE QUALIDADE E SUA INTERFACE COM AS NECESSIDADES DE SAÚDE DE IDOSOS

O Ministério da Saúde colocou em sua agenda estratégica, para o período de 2011 a 2015, a saúde do idoso como uma prioridade, pautada na atenção integral em todos os níveis da atenção (Brasil, 2011). Reconhecemos que a APS é fundamental para a coordenação, o vínculo e a continuidade do cuidado e a qualidade da atenção aos idosos.

Nessa abordagem, questionamos se as ações da Atenção Básica direcionadas à população idosa estão alcançando os princípios destacados na Política do EA, identificando as necessidades de saúde dos idosos atendidos.

O debate sobre a qualidade dos serviços de saúde teve início no século XX, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, por meio da implantação de padrões mínimos que avaliavam a qualidade dos cuidados fornecidos a pacientes hospitalizados (D’Innocenzo, Adami, Cunha, 2006).

A necessidade da criação de métodos de avaliação no setor saúde e a temática da qualidade dos serviços obteve maior visibilidade a partir da década de 1980 com as publicações de Avedis Donabedian, que apresentaram os fatores diretamente relacionados à qualidade da assistência (Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2010).

Para Donabedian (1992), qualidade é a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o paciente. Esses benefícios são definidos em função do alcançável, com base nos recursos disponíveis e nos valores sociais existentes.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a qualidade na atenção é a revelação da execução dos princípios de equidade, eficácia, eficiência e satisfação do usuário (OPAS, 2004).

Para o Ministério da Saúde, a qualidade é a representação do nível de atendimento aos padrões estabelecidos, regulamentados por protocolos e regras existentes que instituem as ações, práticas e conhecimentos técnico-científicos

(Brasil, 2006a).

A qualidade dos serviços de saúde pauta-se no elevado padrão da assistência e tem como foco as expectativas e necessidades dos pacientes (Pertence, Melleiro, 2010). Por isso, observa-se o crescente desenvolvimento de parâmetros e estratégias que têm levado à modificação e a transformação desses serviços (Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2010).

O conceito de qualidade está correlacionado com a avaliação dos serviços, que é um processo utilizado para determinar a amplitude do alcance de metas e objetivos, favorecendo a tomada de decisão. A finalidade da avaliação é conhecer o objeto a ser investigado para aprimorá-lo (Malik, Schiesari, 1998; Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2010).

De acordo com Donabedian (1992), a avaliação dos serviços de saúde é construída por meio da análise de estrutura, de processo e de resultado. A estrutura é composta por características como área física, recursos humanos, materiais, financeiros e modelo organizacional. O processo refere-se ao conjunto de atividades estabelecidas na relação entre o profissional e o usuário do serviço e na produção em geral, incluindo os processos interpessoais, a assistência, o diagnóstico e o tratamento. E o resultado é o alcance dos atributos desejáveis dos serviços, que proporcionam mudanças no estado ou na condição de saúde.

Nas organizações de saúde a qualidade empreende esforços coletivos e ações respaldadas pelo conhecimento técnico-científico e na instituição de métodos adequados para avaliar e monitorar, assumindo um caráter político, técnico, ético e social. (Tronchin, 2011).

A aplicação dos procedimentos avaliativos de qualidade deve ser realizada sistematicamente, com o intuito de subsidiar a tomada de decisão e contribuir com as estratégias de prevenção de erros e riscos a que os usuários podem ser expostos nos serviços de saúde. Sob essa ótica, os dados obtidos no processo de avaliação devem ser direcionados a favorecer mudanças no encadeamento da prática (Víturi, 2013).

Os serviços de atenção aos idosos devem respeitar as limitações e as diversidades sociais que os idosos possuem. Os profissionais devem ser capacitados para a operacionalização e elaboração de protocolos que atendam às necessidades dos idosos (Piccini et al., 2006).

A literatura apresenta o desenvolvimento de estudos com o intuito de

responder à questão do atendimento das necessidades. O conceito de necessidades é o que deve ser feito para a continuidade da vida, sendo que para responder às necessidades de saúde são imprescindíveis ações que recaiam sobre os determinantes, e não apenas sobre as doenças (Campos, Bataiero, 2007).

Conforme Campos e Soares (2013), as diferentes posições sociais existentes implicam em acessos desiguais no suprimento das necessidades de saúde. Essas autoras propõem o conceito de necessidades de saúde ampliada que consideram uma articulação com as relações sociais.

Portanto, as necessidades de saúde vão além dos problemas de saúde, estando fortemente relacionadas à carência ou vulnerabilidade (Nakamura et al., 2009; Paim, 2011).

Para a operacionalização da prática as necessidades em saúde podem ser aprendidas por meio de quatro conjuntos:

- 1) Boas condições de vida;
- 2) Acesso às tecnologias de saúde que possam melhorar/prolongar a vida;
- 3) Desenvolvimento de vínculo afetivo entre equipes de saúde e usuários;
- 4) Autonomia em graus crescentes (Matsmuto, 1999; Cecilio, 2001).

Os instrumentos de identificação e monitoramento das necessidades devem considerar determinantes do processo saúde-doença, tais como: a identificação dos mais necessitados ou o público-alvo para as políticas de saúde pública, segundo critérios epidemiológicos; garantia de que os serviços de saúde possam responder da forma mais eficiente às necessidades de saúde da população; independente da identificação de problemas, valorizar a abordagem proativa, centrada na participação da população e na possibilidade de sua autonomia na geração de recursos próprios de saúde (Nakamura et al., 2009).

Frente aos dados apresentados, anteriormente, sobre o envelhecimento populacional, as necessidades dos idosos devem ser identificadas para o apoio à organização dos serviços de saúde para a garantia de acesso e respostas eficientes aos idosos. Dessa maneira, acreditamos na importância da identificação e compreensão dos determinantes e fatores sociais relacionados ao processo de saúde-doença.

Para Batistella (2007), vários problemas podem ser determinantes ou condicionantes de doenças e agravos, e estas, não são objetos típicos das ações

em saúde, mas sim fatores relacionados à falta de saneamento básico, renda, acesso à cultura, condições inadequadas de moradia entre outros.

As pessoas que vivem em países de baixa renda e baixo nível socioeconômico, comparadas com aquelas que vivem em países de alta renda ou com melhor nível socioeconômico, têm pior acesso aos cuidados de saúde. Por outro lado, aqueles que vivem em comunidades pobres ou marginalizadas apresentam o maior risco de morrer por condições crônicas (Cesare et al., 2013).

Na perspectiva da Política do EA, que reconhece a heterogeneidade e a diversidade individual do processo de envelhecimento, inferimos que a identificação desses determinantes seja importante para o planejamento e a manutenção da qualidade e segurança nos serviços de atenção aos idosos.

Diante dessas assertivas, acreditamos que o desenvolvimento deste estudo poderá subsidiar a organização dos serviços de saúde, que fornecem atenção aos idosos, uma vez que poderá contribuir para o planejamento e gestão com base nas necessidades autorreferidas desse contingente populacional.

Referenciais teórico - metodológicos

2.1 A OPÇÃO PELO MÉTODO QUALITATIVO

A abordagem qualitativa permite compreender, descrever e esclarecer os fenômenos sociais de acordo com as experiências, interações e comunicações vivenciadas por indivíduos ou grupos (Flick, 2009).

Minayo (2010) ressaltou que a investigação social deve incluir a historicidade e as especificidades culturais que são complexas, traçadas pelo tempo, espaços e símbolos.

Portanto, para compreendermos as necessidades de saúde de idosos foi preciso entrarmos na realidade dessa população, para assim, captarmos os significados, a subjetividade, as interpretações e os diferentes tipos de interesses relacionados à proposta do estudo.

Dessa maneira, seguindo as orientações de Minayo (2012a), o processo de desenvolvimento deste estudo foi realizado em três fases: fase exploratória, para a definição e delimitação do objeto de estudo e estruturação do projeto; trabalho de campo para aplicação prática do material desenvolvido, sendo um momento relacional entre o cenário de estudo e o pesquisador; análise e tratamento do material empírico que envolveu um conjunto de procedimentos para compreensão e interpretação dos dados captados e para articulação com os referenciais teóricos. Esses passos nos orientaram sobre o caminho a ser seguido durante toda trajetória do trabalho.

É crescente a produção de pesquisas do tipo qualitativa que demonstram a importância dessa abordagem para a compreensão de aspectos processuais com ênfase na percepção do indivíduo (Flick, 2009; Knauth, Leal, 2014).

A abordagem qualitativa é um desafio de manuseio de instrumentos e teorias que favorecem a aproximação da vida em sociedade, para responder questões particulares, dentro de um universo repleto de significados, crenças, valores, atitudes e causas (Minayo, 2010; 2012a).

Para Minayo (2012a), o objeto de estudo na pesquisa qualitativa possui consciência histórica, o que destaca que o pesquisador faz parte da observação e não é o único que estabelece sentido ao trabalho desenvolvido, isto é, tudo depende do envolvimento com os diferentes fatores presentes no cenário estudado.

Logo, o pesquisador tem grande influência nesse tipo de estudo, seja em relação à sua presença e experiência no campo, ou em termos de capacidade

reflexiva e visão sobre as vivências, interações e informações captadas no seu contexto natural (Flick, 2009; Minayo 2012b).

Diante desses fatores, optamos neste estudo pela pesquisa qualitativa, devido à possibilidade de apreensão do modo como os idosos enfrentam os fenômenos diante dos fatores relacionados à saúde, contribuindo com a compreensão de percepções e dinâmicas vivenciadas no cotidiano.

O estudo qualitativo pode ser conduzido por meio de diferentes caminhos, de acordo com o referencial teórico-metodológico escolhido, que permitiu diferentes perspectivas de orientação no campo.

Flick (2009) destacou que pesquisa qualitativa não é baseada em um único conceito teórico- metodológico, sendo que as diversas abordagens caracterizam as discussões e direcionam a prática do estudo.

Para Knauth e Leal, (2014), o desafio para aprofundamento dos diferentes fenômenos, da área da saúde, é o alinhamento de métodos qualitativos e quantitativos, e a necessidade de retomar os temas clássicos das ciências sociais e refletir sobre as implicações sociológicas e antropológicas no contexto estudado.

Nessa direção, ao pesquisarmos as vertentes existentes da pesquisa qualitativa, optamos pelo método etnográfico, para compreensão das necessidades de saúde dos idosos, considerando a cultura e suas experiências.

2.2 ANTROPOLOGIA CULTURAL

Os estudos antropológicos têm despertando interesse nos profissionais da área da saúde para a compreensão de crenças, valores e práticas terapêuticas.

A antropologia estuda como os seres humanos percebem as suas diferenças ao longo do tempo, o que possibilitou a vinculação de teorias e estudos contribuindo com novas descobertas (Geertz, 2001).

Na área da saúde, a antropologia trabalha com temas relacionados ao corpo e à doença, associando esses fatores com a vida social da população estudada, estabelecendo um diálogo com outras disciplinas (Knauth, Leal, 2014).

Uchôa e colaboradores (2002) afirmaram a importância dos estudos antropológicos para a investigação das condições de vida dos idosos, os fatores sociais, culturais e econômicos que afetam na qualidade de vida desse grupo etário.

O processo de envelhecimento pode ser enfrentado de diferentes maneiras de acordo com as diversas culturas existentes (Uchôa et al., 2002). A cultura é um importante conceito da antropologia por ter relação direta com a interpretação e processos de induções presentes nos estudos qualitativos.

Nesse contexto, destacamos a antropologia cultural, que trabalha diretamente com a cultura, definindo as suas demarcações, distinguindo rupturas e descrevendo as continuidades existentes (Geertz, 2001).

A cultura pode ser caracterizada como um sistema entrelaçado de significados interpretativos. O processo de compreensão da cultura de uma população expõe a sua normalidade, sem reduzir as particularidades presentes. Nessa perspectiva, a cultura é arbitrária, pois os seus significados são atribuídos de diferentes maneiras, podendo ser compreendida como um código que é compartilhado por cada grupo social (Geertz, 1989).

Portanto, a cultura pode ser entendida como um conjunto de regras que dá significado e orienta as práticas e a visão de mundo de um específico grupo social (Geertz, 1989).

O contato direto e pessoal com o universo a ser investigado é a principal característica da antropologia. Para conhecer certas dimensões da sociedade é preciso uma vivência e contato durante um período de tempo para acessar aspectos não explícitos de uma cultura, o que exige um maior esforço de observação e empatia (Velho, 1978).

Ao estudarmos uma população idosa, observamos diferentes significados relacionados ao processo de envelhecimento. Para Velho (1978), o estudo de rompimentos e rejeições vivenciados por grupos específicos, permite compreender a rotina e os mecanismos envolvidos no processo de conservação e dominação de padrões existentes na sociedade.

Para Geertz (1989), a cultura gera um padrão de significados transmitidos historicamente, e incorporado em símbolos, se tornando um sistema de concepções herdadas, que desenvolvem em indivíduos atitudes em relação à vida.

Diante desses referenciais, este estudo foi estruturado como um processo de conexão de fatos e experiências dos idosos, que se incorporaram para a representação de uma realidade vivenciada, o que coloca à disposição as respostas dessa população frente ao tema estudado.

A antropologia possibilita a ampliação do universo do discurso humano,

sendo uma ciência interpretativa em busca de símbolos (Geertz, 1989; 2001). Sendo assim, neste estudo, foi possível identificar as percepções, os sentimentos, as interpretações dos idosos frente ao processo de envelhecimento e as suas necessidades de saúde.

Portanto, de acordo com o exposto, escolhemos o método etnográfico para compreendermos as diferentes percepções encontradas.

2.3 MÉTODO ETNOGRÁFICO

No final do século XIX e início do século XX os antropólogos iniciaram o método etnográfico, pois acreditavam que somente no campo entenderiam a dinâmica da experiência humana (Geertz, 1989; 2001).

A etnografia é o estudo descritivo da cultura de uma sociedade, sendo um modo de estudar indivíduos nas comunidades ou sociedades que estão inseridos (Baztán, 1995; Geertz, 2001).

O método etnográfico é baseado na pesquisa de campo, no local onde as pessoas vivem. Nesse tipo de estudo, o pesquisador é participante e observador das vidas em estudo (Geertz, 1989; 2001).

A etnografia é utilizada para identificar participantes e registrar processos dentro de um cenário social. Portanto, conduzir estudos etnográficos é estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, mapear campo, manter um diário de campo e conhecer a população estudada (Geertz, 1989; 2001).

A etnografia pode ser classificada como descritiva quando é direcionada para um público da mesma cultura do pesquisador, quase sempre é da academia. Assim como, pode ser do tipo ativa que é realizada por meio do diagnóstico cultural que é devolvido à comunidade solicitante, que pode aceitá-lo ou não, pois depende da sua eficácia na resolução dos problemas vivenciados (Baztán, 1995).

O processo de um estudo etnográfico compreende quatro etapas: a primeira é descrita pela demarcação do campo - a escolha da comunidade a ser estudada. Nessa fase é realizada a estruturação do projeto e a definição do objeto de estudo, lugar e duração da pesquisa; a segunda fase engloba o levantamento dos referenciais teóricos e arquivos, assim como a identificação de fontes orais e a preparação física e mental do pesquisador; a terceira fase é descrita pelo trabalho

no campo por meio da inter-relação com os participantes do estudo, registro dos dados e a observação participante; e a última é caracterizada pela conclusão do estudo, representado pela ruptura cultural do pesquisador e o abandono do campo (Baztán,1995).

Para Geertz (1989; 2001) e Baztán (1995), o estudo etnográfico é multifatorial e deve ser conduzido por meio da utilização de duas ou mais técnicas de coleta de dados para possibilitar a descrição da cultura de uma sociedade.

Nesta pesquisa utilizamos o método da observação participante e a entrevista. O caderno de campo foi utilizado para a anotação de todas as percepções encontradas durante a vivência no campo, sendo um importante norteador durante a análise dos dados.

Na observação o pesquisador possui um envolvimento com o objeto observado, o que favorece a percepção dos fenômenos encontrados no campo. A observação pode ser do tipo não participante ou participante (Argilaga, 1995; Geertz, 2001; Minayo, 2012b).

Na observação participante o observador coleta dados por meio da participação no cotidiano do grupo estudo. A observação participante é um processo sistemático e consciente por parte do investigador, que deve permitir a execução das atividades do cotidiano, os interesses e afetos dos colaboradores do estudo. Durante a participação é importante manter a preservação da espontaneidade do sujeito observado (Argilaga,1995; Becker, 1997; Minayo, 2012b).

Na observação participante existe uma inter-relação entre o observador e o observado que possibilita uma permissividade de intercâmbio entre os envolvidos e uma maior proximidade psicológica (Argilaga,1995).

A confiabilidade desse método depende do registro sistemático, da análise de dados e a repetição regular da observação durante um período de tempo. Logo, a observação participante exige do pesquisador habilidades linguísticas, boa memória, habilidades para escrever e consciência explícita (Geertz, 2001).

De acordo com experiência de observação participante vivenciada por Foote-Whyte (1990), os sujeitos observados também apresentavam certa curiosidade e podem desenvolver a sua própria explicação sobre o pesquisador inserido no campo. Os sujeitos do estudo se dirigiam ao pesquisador por meio de perguntas diretas, cujas respostas e a inter-relação estabeleciam um cenário de confiança. O citado autor, também, destacou a importância de identificar indivíduos-

chaves para facilitar o acesso no campo de pesquisa.

Nesse contexto, a observação participante contribui com a percepção do pesquisador sobre o cenário social estudado e das inter-relações existentes, assim como, facilita o acesso a dados e informações restritas. Durante o processo desse tipo de observação os indivíduos observados vão modificando as suas atitudes em relação ao observador considerando-o como mais um integrante do grupo. Contudo, as limitações desse método estão relacionadas como a possível falta de espontaneidade dos envolvidos no cenário e o perigo do observador se tornar apenas um expectador (Argilaga, 1995).

A outra técnica empregada para a coleta de dados foi a entrevista, importante ferramenta utilizada nos estudos etnográficos, constituindo uma técnica de coleta de dados que geralmente é gravada e escrita (Cauhé, 1995).

A entrevista é considerada uma porta de entrada para as realidades sociais, pois favorece a exploração em profundidade das perspectivas dos atores envolvidos do estudo. Essa ferramenta abre possibilidades para a compreensão e o entendimento dos dilemas e perguntas internas enfrentadas, sendo capaz de elucidar a experiência única de cada indivíduo (Poupart, 2012; Minayo, 2012b).

A entrevista é utilizada nos estudos qualitativos para a obtenção de informações verbais por meio de um roteiro. A entrevista é reflexiva e se manifesta por meio do diálogo e de uma relação imediata, sendo metódica e planejada (Cauhé, 1995).

O pesquisador ao optar pela utilização da entrevista deve levar em consideração diversas especificidades que variam de acordo com o objetivo do estudo. Quando o objetivo do estudo são as vivências dos colaboradores, a entrevista deve conter perguntas abertas para o aprofundamento do discurso (Cauhé, 1995).

No presente estudo optamos pela utilização da entrevista semiestruturada. Segundo Cauhé (1995), esse tipo de entrevista apresenta um trajeto com todos os temas que deverão ser abordados.

O bom desempenho da entrevista depende da experiência do pesquisador e da técnica de entrevista utilizada que deve incentivar a colaboração do entrevistado. Nesse sentido a seleção de participantes que tenham conhecimento sobre o tema abordado, a facilidade de expressão e a motivação são importantes (Cauhé, 1995).

No caderno de campo estão descritos os pensamentos e os relatos do pesquisador, sendo um recurso utilizado no cotidiano podendo ser compreendido como algo entre uma agenda e um esquema de trabalho. O caderno de campo é uma válvula de escape do pesquisador e contém toda a contemplação do campo estudado (Salvatierra, 1995).

Durante o processo de coleta de dados etnográficos, o pesquisador é invadido pelo contexto cultural da comunidade estudada, que somente é possível por meio da proximidade com o campo. Diante dos achados torna-se necessário a redação das informações, a análise dos dados e a organização do material de acordo com o projeto (Baztán, 1995).

Nesse contexto, a etnografia exige o compromisso de interação do pesquisador com os colaboradores do estudo por um período de longo prazo. Dessa forma, os acúmulos de descrições detalhadas possibilitam o retrato mais completo do grupo estudado (Geertz, 2001).

Portanto, de acordo com esses referenciais analisados, apresentamos no próximo capítulo o caminho metodológico percorrido para o alcance dos objetivos propostos nesta investigação.

CAPÍTULO 3

Percurso metodológico

3.1 CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

A escolha do local do estudo ocorreu de forma intencional, pois acreditamos tratar-se de uma oportunidade de contribuir com o atendimento das necessidades e expectativas dos idosos atendidos nesse serviço de saúde. A motivação pela escolha deu-se pelo fato de que eu cresci nas proximidades da Unidade Básica de Saúde (UBS) selecionada, localizada no bairro de São Miguel Paulista, Zona Leste da Cidade de São Paulo.

A data de fundação oficial do bairro é 21 de setembro de 1622, com a conclusão da obra da Capela de São Miguel, construída por índios guaianazes sob orientação do bandeirante Fernão Munhoz. A população da região foi constituída por afrodescendentes, índios, imigrantes europeus, asiáticos e principalmente nordestinos, devido à migração ocorrida na década de 1940 com a inauguração da Companhia Nitro Química (Fundação Tide Setubal, CPDOC São Miguel, 2008).

A população desse território é de, aproximadamente 370 mil habitantes, sendo que cerca de 50% possuem renda familiar entre um e três salários mínimos e 43% cursaram apenas o ensino fundamental.¹

O bairro tem 16 UBS,^{**} sendo que o local onde realizamos o estudo dispõe do serviço Estratégia Saúde da Família (ESF), que é regido pela Organização Social Santa Marcelina. Os casos prioritários de atendimento da ESF são: idosos, gestantes, diabéticos, hipertensos, crianças menores de dois anos, pacientes com tuberculose e hanseníase.^{***}

De acordo com os dados fornecidos pela Unidade de Saúde, atualmente a instituição atende 2664 idosos cadastrados no serviço ESF, acompanhados por seis equipes, cada uma composta por cinco Agentes

¹ Fonte: São Miguel em números. Disponível em:

<http://www.saomiguelpaulista.com.br/portal/index.php?secao=datafolha>. [Acesso em: 11 abr. 2016].

^{**} Fonte: Prefeitura de São Paulo. Subprefeitura São Miguel Paulista. Disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/sao_miguel_paulista/historico/index.php?p=432. [Acesso em: 11 abr. 2016].

^{***} Fonte: Organização Social da Microrregião Cidade Tiradentes/Guaianases de Atenção Básica a Saúde. Disponível em: <http://www.santamarcelina.org/aps/estrategia-saude-familia.asp>. [Acesso em 10 nov. 2014].

Comunitários de Saúde (ACS), dois auxiliares de enfermagem, um enfermeiro e um médico de família.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), sendo cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE 43870715.1.0000.5392) e da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São Paulo (CAAE 43870715.1.3001.0086), respeitando os trâmites legais estabelecidos por esses órgãos (Anexo 1, 2).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado conforme a legislação vigente, respeitando a confidencialidade dos participantes e os devidos esclarecimentos sobre o estudo (Apêndice A). A participação foi realizada em caráter voluntário.

Após a explicação sobre a natureza desta investigação e o esclarecimento das dúvidas, os idosos que concordaram em participar receberam, leram e assinaram duas vias do TCLE, ficando uma delas com a pesquisadora e a outra, com os participantes.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste estudo, foram considerados os dados apresentados por dez idosos residentes na periferia da cidade de São Paulo, atendidos pela ESF. Inicialmente, a coleta de dados foi realizada com 12 idosos, entretanto, por questões éticas e de âmbito metodológico, que serão detalhadas no tópico seguinte, foi necessário excluir os dados de dois participantes.

Ao refletir sobre a trajetória de vida desses idosos, optamos por identificá-los com codinomes de árvores brasileiras, representadas pela letra A (A1 - A10). As árvores brasileiras estão presentes em diferentes climas, relevos e solos, correspondendo assim, à diversidade da história de vida desses participantes.

Percurso metodológico

Dos colaboradores deste estudo, sete eram migrantes da região nordeste, que devido às precárias condições de vida, mudaram-se para São Paulo em busca de emprego e de melhoria de vida.

A idade média desses participantes foi de 78,7 anos, sendo a menor 63 e a maior 101 anos.

O Quadro 1 apresenta o perfil socioeconômico dos participantes deste estudo.

Quadro 1 - Perfil socioeconômico dos participantes, São Paulo – 2016.

N	Participantes	Sexo	Idade	Cor/raça	Escolaridade	Renda	Estado civil	N de Filhos	Religião
A1	Murici	M	91	Negra	Fundamental incompleto	Aposentadoria	Viúvo	5	Católica
A2	Ipê Amarelo	F	81	Negra	Fundamental incompleto	Aposentadoria e pensão	Viúvo	0	Católica
A3	Cassia Rosa	F	69	Parda	Fundamental incompleto	Aposentadoria	Viúvo	3	Católica
A4	Jatobá	F	65	Parda	Fundamental completo	Aposentadoria	Solteira	0	Evangélica
A5	Carvalho Brasileiro	M	88	Parda	Não frequentou escola	BPC/LOAS*	Casado	5	Católica
A6	Palmeira Mari Rosa	F	75	Branca	Fundamental incompleto	Pensão	Viúvo	3	Evangélica
A7	Jacarandá da Bahia	F	83	Branca	Fundamental incompleto	BPC/LOAS*	Viúvo	18	Evangélica
A8	Embaúba	F	101	Branca	Não frequentou escola	Aposentadoria	Viúvo	10	Católica
A9	Cedro	M	71	Pardo	Fundamental incompleto	Aposentadoria	Casado	3	Evangélica
A10	Paineira Rosa	F	63	Negra	Fundamental incompleto	Aposentadoria	Divorciado	5	Católica

* Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social

Ao considerar a renda, sete idosos afirmaram não possuir condições econômicas para suprir suas necessidades, pois precisavam em diversas ocasiões, comprar os medicamentos que não estavam disponibilizados no SUS e pagar transportes para locomoção aos serviços de saúde.

Dois participantes recebiam o benefício BCP/LOAS pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que inclui os idosos e indivíduos com deficiência. De acordo com os critérios de inclusão para a população idosa, o BCP/LOAS é disponibilizado para indivíduos com 65 anos ou mais, que não recebem nenhum benefício previdenciário e que apresentem renda familiar

mensal per capita inferior a um quarto do salário mínimo vigente (Brasil, 2003; 2007).

Os idosos participantes desta pesquisa ressaltaram o desenvolvimento urbano que acompanharam no bairro, como o saneamento básico, a construção de escolas, de serviços de saúde e a diversidade de comércios. Todos possuíam acesso ao saneamento básico, como água, luz, esgoto e coleta de lixo.

A impossibilidade do acesso ao transporte público foi apontada por seis idosos, o que dificultava a locomoção aos serviços de saúde. O medo da violência foi ressaltado por oito participantes.

De acordo com a Política do EA, que preconiza favorecer o maior tempo de vida saudável, independente e de participação dos idosos na comunidade, consideramos importante avaliar o desempenho funcional de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) dos idosos entrevistados (OMS, 2005). Para isso, optamos pela utilização da Escala de Lawton, com o objetivo de avaliar o desempenho funcional em termos de AIVDs que possibilitam uma vida independente na comunidade (Anexo 3) (Freitas, Miranda, Nery, 2002; Brasil, 2006d).

Essa escala foi aplicada no momento da realização das entrevistas. A escala de Lawton é constituída por nove questões; para cada uma delas, a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial e a terceira dependência. A pontuação máxima é de 27 pontos. A avaliação do resultado possibilitou a classificação dos idosos como independente (pontuação igual a 27), dependente parcial (pontuação > 9 e < 27) e dependente total (pontuação igual a 9) (Freitas, Miranda, Nery, 2002).

A capacidade funcional dos participantes estava comprometida, de acordo com a escala de Lawton (Anexo 3), pois nove idosos apresentaram dependência parcial. Contudo, mesmo com as limitações físicas presentes, quatro consideraram a saúde boa, cinco regular e um a avaliou como péssima.

O Quadro 2 apresenta a pontuação encontrada por meio da referida escala.

Quadro 2 - Capacidade funcional e autoavaliação de saúde dos idosos, São Paulo – 2016.

N	Idade	Autoavaliação da saúde	Pontuação Lawton	Capacidade funcional
A1	91	Boa	23	Dependência parcial
A2	81	Regular	24	Dependência parcial
A3	69	Regular	17	Dependência parcial
A4	65	Regular	14	Dependência parcial
A5	88	Muito ruim	13	Dependência parcial
A6	75	Regular	25	Dependência parcial
A7	83	Regular	19	Dependência parcial
A8	101	Boa	14	Dependência parcial
A9	71	Boa	27	Independente
A10	63	Boa	11	Dependência parcial

3.4 COLETA DOS DADOS: OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E ENTREVISTA

A coleta de dados ocorreu no período de junho de 2015 a janeiro de 2016, após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa, e foi realizada por meio da observação participante e da entrevista semi-estruturada.

3.4.1 Observação participante

A pesquisa qualitativa favorece a interação e a comunicação vivenciadas por indivíduos ou grupos (Flick, 2009).

Assim, o método etnográfico nos direcionou ao local onde os participantes vivenciavam as suas trajetórias de vida, como apresentado pelo referencial de Geertz (1989; 2001).

Nessa direção, a observação participante e a entrevista foram importantes recursos para a coleta de dados, pois favoreceram a interação com os idosos e possibilitaram a percepção de fenômenos relacionados ao objetivo do estudo.

Na observação participante, o caderno de campo foi uma ferramenta essencial para as anotações da pesquisadora acerca das percepções e vivências dos participantes, sendo também um orientador das atividades desempenhadas, pois era o local de anotação dos agendamentos realizados. Os dados inseridos no caderno de campo serviram como um guia durante a análise dos dados.

Com o propósito de verificar as condições enfrentadas pelos participantes durante a locomoção à UBS, optei por ir ao campo por meio do transporte público, sendo utilizados o metrô e o trem.

O trajeto percorrido até a UBS durava em média duas horas e, desse modo, foi possível observar que muitos idosos também realizavam esse trajeto em pé, em virtude do número elevado de passageiros, o que aumentava o risco de acidentes.

De acordo com Geertz (1989; 2001), a etnografia é utilizada para identificar o público alvo da pesquisa dentro de um cenário social. Desse modo, fui ao encontro dos idosos; para tanto, foi preciso romper algumas barreiras, a

saber: a gestão da unidade, que foi alterada três vezes durante o período em que estive em campo; e a inserção no campo de trabalho dos ACS como pesquisadora, pois muitos acreditavam que eu estava realizando algum tipo de avaliação para a chefia das atividades desempenhadas por eles. Os ACS não satisfaziam as curiosidades apenas dirigindo-me perguntas diretas, mas recorriam a outros profissionais e me observavam.

Logo, aprendi na prática o descrito por Foote-Whyte (1990), sobre a importância de obter o apoio de indivíduos-chaves em todos os grupos ou organizações dos locais onde estivesse realizando o estudo. Os primeiros dias no campo foram repletos de barreiras e incertezas, as quais foram amenizadas à medida que continuava frequentando a UBS.

Todos os dias quando chegava à UBS direcionava-me à sala dos ACS e, com o passar do tempo, minha presença não os incomodava mais, pois comecei a acompanhá-los nas visitas e a ouvir suas opiniões sobre o ambiente de trabalho.

Assim, o relacionamento estabelecido com os ACS foi muito importante, visto que facilitou o meu acesso aos domicílios dos idosos, possibilitando o intercâmbio de experiências e a tão necessária proximidade com esses participantes.

Ao realizar as visitas domiciliares, observei que as ruas e calçadas do bairro apresentavam desníveis que dificultavam a locomoção de indivíduos com algum grau de limitação física.

A realização da observação participante permitiu verificar a importância do trabalho desempenhado pelos ACS na vida dos idosos participantes deste estudo. Para muitos idosos, o ACS era o único elo entre o mundo além dos portões das suas residências.

As casas, em sua maioria, eram pequenas e simples; seis idosos moravam em locais de um a três cômodos. As residências de cinco idosos estavam situadas na parte superior do terreno, desses, quatro eram longevos com dependência parcial. As escadas eram íngremes e de difícil acesso. Durante as visitas, observei que algumas residências não eram ventiladas, com presença de mofo e poeira.

O terreno onde estavam localizadas as casas era dividido com outros familiares. Notei que seis idosos cederam a parte mais ampla da residência para

os membros da família, como filhos e netos. Uma idosa morava nos fundos do terreno, em uma casa cedida pelo irmão, outras duas dividiam o mesmo ambiente com os filhos.

O fato de dividirem o terreno com outros membros familiares não significava que tinham uma interação social, uma vez que era perceptível o isolamento vivenciado pelos idosos.

Os semblantes de nove idosos, durante o primeiro contato, expressavam tristeza, por meio de um olhar vago que, muitas vezes, ao narrar sobre as suas trajetórias de vida, enchiam-se de lágrimas. Outro ponto observado foi em relação ao vestuário, pois cinco participantes estavam com roupas de aparência desgastada e com sujidades.

Nesse processo, a observação participante contribuiu com a percepção sobre o cenário social que os idosos viviam, facilitando a melhor compreensão de suas narrativas.

3.4.2 Entrevistas

Segundo Feather et al. (1994), não existe um consenso sobre o método mais adequado para a compreensão de necessidades, contudo, esse processo necessita de planejamento e tomada de decisões.

Nessa perspectiva, o instrumento de coleta de dados foi composto pela Escala de Lawton, captação de dados socioeconômicos, demográficos e de saúde dos idosos, roteiro de entrevista e impressões da pesquisadora (Apêndice B).

A entrevista foi uma importante porta de entrada às realidades sociais, pois favoreceu a exploração em profundidade das perspectivas dos atores envolvidos no estudo. Essa ferramenta abriu possibilidades para a compreensão e o entendimento dos dilemas e perguntas internas enfrentadas, sendo assim, capaz de elucidar a experiência única de cada indivíduo (Poupart, 2012; Minayo, 2012b).

O instrumento de coleta de dados foi elaborado com base nos dados selecionados em uma revisão da literatura e na experiência da pesquisadora.

As questões norteadoras empregadas na entrevista foram:

- Como o senhor (a) se sente em relação à sua saúde?
- O senhor (a) tem ajuda de alguma pessoa ou instituição?
- Conte-me sobre o que o (a) senhor (a) acredita ser preciso para que os idosos do seu bairro tenham melhor qualidade de vida.
- Fale-me sobre a presença da Estratégia da Saúde da Família no seu dia a dia.

A triangulação dos dados obtidos por meio da observação participante e da entrevista permitiu o aprofundamento da compreensão das necessidades de saúde de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família.

Para a operacionalização das entrevistas, seguimos a proposta preconizada por Meihy (1998), a saber: transcrição, textualização e transcrição.

A transcrição foi realizada pela pesquisadora e a textualização foi contemplada pela identificação das repetições e de elementos que eram dispensáveis nas narrativas, de acordo com o objetivo do estudo. Nessa etapa, foi possível definir as palavras-chaves e o tom vital das narrativas, que é a frase que guia a percepção do leitor. Após essa fase, realizamos a transcrição, apresentada no capítulo 5, que foi caracterizada pela recriação do texto em sua plenitude.

As entrevistas foram realizadas na residência dos idosos e, para tanto, foi necessário, primeiramente, o acompanhamento dos ACS durante as visitas que, rotineiramente, realizavam.

Os ACS foram os indivíduos-chaves na coleta dos dados e facilitaram o acesso aos idosos, os quais possuíam uma forte relação de confiança com esses profissionais. Esse fato ressaltou o descrito por Foote-Whyte (1990) em seus estudos etnográficos, que mencionou a importância da identificação dos indivíduos-chaves para facilitar o acesso ao campo.

Após a concordância e esclarecimento de todas as dúvidas, agendávamos as entrevistas, de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Seguindo a proposta de Meihy (1998), retornei ao campo para validar as transcrições com os idosos; nessa oportunidade, foi feita a conferência das narrativas e os ajustes, quando necessário.

Eu considerei o retorno ao campo a etapa mais difícil deste estudo, pois observei que alguns idosos apresentaram declínio de suas condições clínicas e muitas das demandas sinalizadas pelos idosos, por ocasião das entrevistas, continuavam sem solução.

Uma participante não estava mais falando e nem emitindo qualquer tipo de reação. De acordo com a filha que estava presente na residência, a idosa somente ficava sentada durante todo o dia, em uma cadeira localizada no canto da sala, sem qualquer tipo de interação com outras pessoas. Diante desse fato, e por não reagir à minha presença, optamos pela exclusão dessa participante.

O segundo caso de exclusão ocorreu por não mais conseguir encontrar a participante. Realizei as tentativas de conferência em diferentes horários e dias, contudo, todas as vezes era atendida por um rapaz que se apresentou como neto, que informava que a idosa estava tomando um medicamento que a fazia dormir, impedindo dessa forma, o meu contato. Ao dialogar com o ACS que acompanhava essa idosa, fui informada sobre uma denúncia de um possível caso de violência, que estava sendo investigado e acompanhado pelo serviço social da UBS.

Os demais participantes, ao conferirem as transcrições, demonstraram um sentimento de valorização ao perceberem suas trajetórias de vida ali retratadas.

3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Ao iniciar a minha inserção no campo, foi necessária a escolha do modo de organização dos dados coletados.

Os dados captados pela observação participante foram ordenados cronologicamente no caderno de campo. Ao ler as anotações, sinalizamos as informações que consideramos relevantes ao estudo.

Os dados desta investigação foram coletados e analisados simultaneamente, com o intuito de identificar os eventos significativos, extraídos das observações participantes e das entrevistas.

Os dados das entrevistas, após a realização da textualização e transcrição, foram analisados segundo a técnica de análise temática proposta por Minayo (2010), que consistiu em desvendar os “núcleos de sentido”,

presentes na comunicação, com algum significado importante aos participantes do estudo.

A análise do material foi realizada em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material; c) o tratamento dos resultados obtidos e interpretação; seguindo as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade, por meio da ordenação e classificação dos dados e da leitura exaustiva das entrevistas, buscando a compreensão desses achados e a escolha de um referencial teórico de análise.

O resultado dessas etapas encontra-se detalhado nos Capítulos 4 e 5 deste estudo.

CAPÍTULO 4

Narrativas, vivências e sentimentos

Murici, 91 anos, natural de Santa Isabel, interior de São Paulo, aposentado, católico, estudou até a segunda série do ensino fundamental. Durante a sua trajetória de vida, trabalhou como salameiro (produção de salame) em um frigorífico. Possui cinco filhos, é viúvo três vezes, mora sozinho em uma residência de três cômodos, localizada no piso superior da casa de um de seus netos, sendo necessário subir uma escada com degraus irregulares e de difícil acesso. Atualmente, a sua vida é restrita ao domicílio, onde passa as horas observando, da laje, as pessoas passarem na rua. Para ir a lugares distantes, necessita do apoio de seu filho e netos para o transportar de carro

Esperar o quê? A esperança que tenho é dormir e não acordar. O medo que eu tenho é de ficar numa cama dando trabalho aos outros

Entrevista nº 1**Data: 16/06/2015**

Eu nasci em Santa Isabel (SP), mas cresci aqui... (São Paulo, capital), pois meu pai veio para trabalhar em uma olaria, na estrada de Bonsucesso.

Com dezoito anos, casei-me e fui trabalhar na Nitroquímica, onde permaneci durante muitos anos. Quando saí de lá, passei a trabalhar em laminação de vidro e, em seguida, em um frigorífico, no qual me aposentei. Trabalhei em diversos serviços e, para mim, a vida tem sido normal...

Eu moro aqui sozinho... Já faz dois anos. Mas, tem os meus netos que moram aqui embaixo. Eu mesmo cozinho, faço a minha comida, vou ao mercado. Mas, são eles (familiares) que lavam as minhas roupas, uma vez por semana. Só tenho o apoio da aposentadoria...

Dá para ter uma boa vida porque esse bairro é um lugar sossegado. Não tem problema nenhum. É um lugar tranquilo... Eu moro aqui há quarenta anos, não vejo ninguém ruim, então está tudo bom. Quarenta anos, eu digo, é morando aqui, nesta casa... Eu mesmo que fiz tudo isso aqui! Nem pedreiro paguei para fazer...

De violência eu não tenho medo. Não tenho porque é difícil eu sair daqui e quando saio, é só para fazer qualquer coisa.

A condução aqui é fácil, passa aí na frente, então é fácil, não tem dificuldade. Tem o posto de saúde, têm dois hospitais aqui embaixo e outro aqui pertinho. Então, quer dizer que aqui na vila não tem preocupação.

A minha saúde, graças a Deus é boa, não sinto dor nenhuma. A única coisa que sinto, que nem os meus filhos sabem, é esse problema que tenho no peito, parece que tem catarro... Acho que é só isso... Eu não tenho nada do que reclamar, porque nunca estive doente de ficar na cama. Tenho feito exame no posto de saúde, mas, graças a Deus, sinto-me bem. Não tenho nada! Médico particular eu nunca precisei, então o único médico que eu vou é o do posto de saúde.

Olha, para mim, graças a Deus, sempre fui tratado muito bem no posto de saúde, os médicos são muito bons. Não tenho queixa de nada. Eu acho que a coisa melhor que tem é isso aí... Nesses dias mesmo, ela (agente comunitária) trouxe o

médico aqui para fazer exame, estou até com os remédios que ele receitou para eu tomar. Mas, é tudo coisa passageira... Então, não tenho do que me queixar. O serviço de saúde que tem por aqui é muito, muito, muito bom... Para mim está bom até demais.

Quando eu estou lá em cima da laje, vejo pessoas passarem puxando uma perna, outro com bengala, outro com carrinho. Disso eu tenho dó, estão piores do que eu... São mais novos do que eu e estão piores... Mas, isso é a única coisa em que eu penso.

Para mim, está normal, não tem nada de errado... Eu acho que melhor do que isso... é como eu falo com os vizinhos, quando perguntam se está tudo bem. “Graças a Deus, tudo bem, melhor do que isso estraga” (risos). Com a idade que estou vou esperar o que mais?

Esperar o quê? Esperar, é que nem eu falei agora há pouco, a esperança que tenho é dormir e não acordar. O medo que eu tenho é de ficar numa cama dando trabalho aos outros. Esse é o meu medo... É o medo de dar trabalho para os outros.

Eu fico lá na laje e vejo as pessoas passarem carregando outras de bengala, de carrinho de roda... Isso é triste... Então, esse é o meu medo, de ficar nessa condição, medo de ficar dependendo de favor dos outros, atrapalhando a vida dos outros. E eles (familiares) têm que trabalhar e se eu ficar deitado numa cama, como é que eles vão fazer? Vão sair do serviço para tomar conta de mim?

A única coisa que podem fazer é uma internação para os idosos, porque se eu ficar doente, eles (familiares) não poderão tomar conta. Como é que vão tomar conta de mim, se eles têm que trabalhar?

Geralmente, percebo que os hospitais estão com muita dificuldade de médico. Tenho uma netinha, e quando minha filha a leva ao hospital, não tem médico. Vai a outro e, também, não tem. E é um problema... Olha, isso precisa melhorar muito.

Mas, para mim, a vida tem sido normal, porque eu não sinto nada... a única coisa que sinto, é o que me aconteceu... A minha primeira mulher, mãe dos meus filhos, faleceu. Depois, casei-me novamente, e ela faleceu também. Em seguida, tornei a me casar com outra, que é a avó desses meus netos, que também faleceu. Agora, não quero mais nada, não. Essas perdas... Essas perdas... [Demonstra emoção, tristeza].

Não tenho mais o que fazer, porque se eu arranjar outra companheira e for uma velha, vai morrer outra vez; e se eu arranjar uma menina, vai me “pôr chifres”. Então, é uma coisa que não adianta mais... O jeito é levar a vida que levo, tranquilo e sossegado. Olha, não tem melhora, para isso não tem melhora, porque a única coisa que eu canso de falar para todo mundo é isso. A minha vida está no fim, se correr essa vila, tem poucas pessoas com a minha idade. Conheço quase todas as pessoas mais velhas que tem aqui por perto. Então têm poucas pessoas que têm a minha idade. Então vou fazer o quê? Não tem que fazer mais nada. A única coisa que tem que fazer é esperar, eu canso de falar... O medo que eu tenho é de ficar numa cama sofrendo... Agora, no mais, está tudo bem.

A única coisa que eu penso é o seguinte: uma hora ou outra, com a idade, que tenho, porque não tem mais jeito, uma hora ou outra, é caso pra eu dormir e não acordar.

Ipê Amarelo, 81 anos, viúva, sem filhos, frequentou a escola até o terceiro ano do ensino fundamental. Desenvolveu diversas atividades durante a vida, foi cuidadora de idoso, porém, na maior parte do tempo, desempenhou a função de doméstica. É aposentada e pensionista, necessita do apoio de familiares, em especial do sobrinho. A sua renda não é suficiente para suas necessidades, pois gasta grande parte com a compra de medicamentos. Reside no bairro há dez anos, mora sozinha em uma casa de dois cômodos, no mesmo quintal que a sobrinha. Sempre foi uma pessoa ativa, contudo, devido ao problema de saúde, sua vida ficou limitada apenas ao domicílio.

Para dizer a verdade, eu já procurei casas de repouso. Lá, pelo menos, existem outras pessoas com quem eu possa me comunicar...

Entrevista nº 2**Data: 16/06/2015**

Eu já trabalhei em várias coisas, mas, na maior parte do tempo, fui doméstica. Moro aqui no bairro há dez anos... Morava na Vila Matilde, mas, depois que meu esposo faleceu, meu irmão convidou-me para vir morar aqui. Eu moro sozinha, mas na casa da frente vive uma sobrinha. Eu faço tudo dentro de casa, escorando na bengala... Eu lavo, passo, cuido de tudo sozinha... Eu não sei dizer se tem alguma coisa que poderia melhorar, porque vivo com a ajuda da família... Naquilo que necessito mesmo, porque o que eu posso fazer, eu faço. Agora, o restante... Do que eu tenho medo? Tenho muito medo de assalto...

Estou com dificuldade para ir a lugares mais distantes, porque as minhas pernas estão travando. Somente consigo ir pertinho de casa, ali na esquina; mas, para ir a lugares distantes, preciso da ajuda da família. Ultimamente, para eu conseguir pegar ônibus, é com a ajuda das pessoas que estão aguardando a mesma condução. Tanto para subir, quanto para descer do ônibus, eu preciso de ajuda... É difícil ir ao banco. Tenho um sobrinho que vem resolver os meus problemas e receber a pensão para mim.

Graças a Deus, não tenho outros problemas, a não ser nas pernas, artrose e osteoporose, que me incomodam bastante. Eu acho que a minha saúde é mais ou menos, é regular... Porque eu não tenho diabetes, não tenho problema de pressão, não tenho nada. Meu problema é a artrose e a osteoporose nas pernas... Eu me sinto bem, tirando o problema das pernas... Como eu consigo fazer tudo sozinha, mesmo escorando aqui e ali, acho que a minha saúde é regular.

Quando eu era mais jovem, procurei muito engravidar, não consegui, devido a um problema no útero... Mas, também, não ligava para essas coisas, porque filho, para mim, se não tinha estava tudo bem. Mas, hoje, sinto falta de uma companhia, de um filho... Porque sobrinho não é a mesma coisa de um filho... Eu me sinto muito só... [Demonstra emoção, tristeza]. Se eu tivesse filho, acredito que a atenção seria maior. Isso seria uma obrigação para comigo. Mas, como não tenho, não posso cobrar nada de ninguém... Espero pela vontade das pessoas, dos

parentes... Os idosos com quem tenho contato falam a mesma coisa que eu, quando se tem filhos, eles cuidam, fazem o que os idosos precisam. Outros que não têm filho, como eu, pensam da mesma maneira.

Eu acho que é preciso mais atenção aos idosos, mais atenção dos prefeitos, dos políticos, dos chefes de posto de saúde... Porque, às vezes, não tem nem médico nos postos, muito médico que pedimos, às vezes, não tem. Nós vamos ao posto e não tem todos os remédios... No caso de um remédio que custa alto, não tem, e você tem que comprar... A maioria dos remédios tem que comprar, é difícil encontrar remédio no posto para mim... Eu tomo bastante remédio.

A agente do posto sempre vem aqui (casa)... É constante... Porque eu não posso... Está difícil para eu me locomover... E ela (agente comunitária) vai trazer o médico aqui essa semana. Eu acho bom, porque, por meio deles (agentes comunitários), a gente fala o que tem e o que não tem, para, assim, eles levarem até os maiores lá... (Unidade Básica de Saúde).

Para dizer a verdade, por ficar aqui sozinha, eu já procurei casas de repouso. Lá, pelo menos, existem outras pessoas com quem eu possa me comunicar... Mas, nas condições exigidas, não dá para mim. Não dá, porque em todas as casas de repouso que eu já procurei, pergunto o que precisam da gente... São os documentos e o cartão do benefício. Eu falei: “ganha o quanto ganhar, fica na mão de vocês”? Eles falam que isso é necessário, porque a gente não vai precisar, lá terá remédio, médico, roupa, comida e tudo. Por quê? Por que eles (casa de repouso) querem ficar com o dinheiro? Então, eu não aceito, não dá!... Mas não sei... Eu já questionei algumas pessoas se isso é certo... É certo, porque as pessoas não precisarão de nada... Mas, para que querem o dinheiro? Como sou ativa, gosto de passear e gostaria de ficar com algum dinheiro na mão... Porque eu não sou aquela pessoa imprestável, ainda... Eu gosto de sair, passear, participar das coisas. Então, para isso, eu preciso ter dinheiro na mão... E eles ficam com o cartão do benefício e fica por isso mesmo.

Eu falo para as pessoas, tenho esse problema nas pernas, mas a minha cabeça continua a mesma, eu sou uma pessoa ativa... Até eu piorar das pernas, frequentava o grupo dos idosos, ia para um lado, ia para o outro... viajava... Depois que eu piorei, não participo de mais nada... [Demonstra emoção, tristeza]... Só fico em casa... Há oito meses somente fico em casa... É ruim, porque eu gosto de participar de tudo, então, não posso mais, porque tenho dificuldade para andar.

Meu futuro é complicado... No futuro, o que resta para mim nesta idade? Meu sobrinho diz para eu comprar uma televisão, um aparelho de som... Mas na minha idade? Comprar essas coisas agora é besteira... O que eu espero do futuro... Cada vez menos... Menos... No futuro, eu irei perder as minhas atividades, já perdi um pouco... Forças para reagir, para fazer o que faço por mim mesma... Eu acho que no futuro vai ser bem pior.

A agente comunitária, por exemplo, anda em todas as casas e vê muitas coisas... Ela vê situações piores que a minha... Eu não posso reclamar que esteja tão mal assim, porque tenho o meu benefício. Posso não ter aquele conforto, porque a renda não é suficiente, mas, em vista de muitas pessoas, eu acho que estou até razoável.

Eu penso que qualidade de vida... Alguns têm e outros não têm... Como eu sou sozinha, consigo fazer tudo, mas existem outras pessoas que não conseguem e, às vezes, vivem mal por isso, por não conseguir fazer as coisas e não ter ajuda dos outros... Tem gente que vive bem, outros não vivem bem, é isso que eu quero dizer.

O que falta aos idosos é mais ajuda de parentes, talvez... Não tem tudo o que precisa. Os parentes, hoje em dia, estão preferindo colocar os pais e as mães nos asilos, ao invés que cuidar.

Ontem, eu estava assistindo ao jornal e vi que a presidente quer tirar o benefício dos pensionistas, a pensão por morte... A pessoa tem que ter de 47 anos para cima... O seguro desemprego agora é de um ano e meio. Ela (presidente) está querendo modificar todas essas coisas, o seguro desemprego é só um ano e meio de serviço que a pessoa pode ter... menos, isso não pode...

O que eu acredito que deveria melhorar, eles (governantes) não podem fazer porque tem os custos... Para melhorar a vida dos idosos, só se criasse um lugar como uma creche, que não cobrasse tanto, que fosse um preço razoável... Eu acho que seria bom... Uma creche que fosse... Há muito tempo eu ouvi falar que existia um lugar onde os idosos frequentavam todos os dias... Tinham alimentação... À noite, tinha transporte para os levar às suas casas... Era muito interessante, mas, depois, nunca mais ouvi falar, desapareceu... Se tivesse um negócio desses, seria bom... Os velhos não ficariam sozinhos... Teria um lugar assim, tipo creche... Mesmo se fosse preciso pagar, mas um preço razoável... Um lugar que nem esse, onde os idosos pudessem passar o dia, ir de manhã e voltar somente à noite... Foi isso que

eu escutei há dois anos... Se precisasse ter médico... pagaríamos um preço razoável para ter de tudo ali... Depois, eu sei que acabou o projeto, não ouvi falar mais... Mas isso seria muito bom se tivesse... Quando eu escutei, achei ótimo! Porque ninguém fica sozinho... Lá tinha dança, alimentação durante o dia e à noite, os idosos retornavam para casa. Sem muita despesa e sem muito trabalho... Veja o meu caso... tenho que correr em casa, tenho que ir para a feira... Eu não tenho mais as condições de fazer essas coisas... Vamos supor, se tivesse alguém que limpasse minha casa, que pudesse fazer aquilo que eu não posso fazer. Eu não posso subir em cadeira, não posso subir em nada. Se pedisse para alguém limpar os lugares mais altos para mim, seria muito bom... Se fosse uma coisa pública... Seria muito bom... Mas se não é pago, ninguém se oferece para fazer.

Cassia Rosa, 68 anos, católica, nasceu em Sítio de Água Queimada, Município de Olho D'Água das Flores, Alagoas. Estudou até a quarta série do ensino fundamental, manicure, aposentada. Declarou-se solteira, contudo, o seu marido faleceu há 12 anos. Mudou-se para São Paulo quando tinha 16 anos, teve três filhos e, atualmente, mora em uma casa de quatro cômodos com seis familiares. A sua renda não é suficiente para suprir suas necessidades, pois precisa comprar os medicamentos e os itens de autocuidado. Sofre de espondilolistese, que é ocasionado pelo deslizamento de uma vértebra sobre outra, causando diversos sintomas que a impedem sair de casa.

Andar com o andador, já usei por seis meses, não quero, não me sinto bem... De muleta, pior. Então, fica difícil para mim... Porque eu fico pensando na mulher que eu era

Entrevista nº 3**Data: 18/06/2015**

Eu sou nordestina, vim para cá com 16 anos... Eu gosto muito daqui (bairro) e após me mudar, fui somente uma vez ao nordeste... Aqui é o meu bairro, aconteça o que acontecer... Todo mundo me conhece. Eu abri um salãozinho aqui... Fui a primeira manicure do bairro. Depois que o meu filho nasceu, saí do emprego e comecei a trabalhar em casa... Sou muito conhecida aqui (bairro), sou muito querida, não tenho inimizade com ninguém! Brinco e converso... Quando eu não quero conversar, acabo nem saindo lá fora.

O meu marido faleceu há 12 anos, ele era caminhoneiro... Mas, eu estou aqui firme... Eu gosto daqui, aqui não é nada muito quieto, nada muito parado. Para mim, tem que ter agitação, quando sai todo mundo, passo a chave na porta, só deixo a janelinha do portão aberta, ligo o som, a minha televisão... Adoro música sertaneja e forró, dancei muito forró... Eu gosto muito, sou uma pessoa alegre, deu para perceber... Gosto de falar, de conversar com algumas vizinhas... Eu gosto daqui, da convivência com os vizinhos...

Tenho medo da violência, de assalto. Quando a minha filha vai levar minha cunhada no hospital, eu me tranco aqui (casa)... Minha filha e eu estamos cuidando da minha cunhada, que operou e está aqui em casa... Quando alguém me chama, eu somente olho pela janelinha, porque a casa está localizada em uma esquina, e acaba passando muita gente, tem que se prevenir.

Além do problema da coluna, tenho incontinência urinária, pois o nervo da coluna contrai o da bexiga. Já passei em vários médicos, mas não preciso de cirurgia, porque o problema é da coluna. É tudo dormente, da cintura até o dedão do pé. Eu ando, faço as coisas da casa, mas me segurando, por exemplo, eu coloco a panela no fogão, depois preciso sentar para descansar, para conseguir dar continuidade, mas eu faço. Só não consigo lavar e passar roupa, varrer a casa e passar pano, porque perdi o equilíbrio... A minha saúde é regular, porque estou andando, fazendo poucos serviços, mas estou...

Para andar na rua, eu preciso de um acompanhante... Quando necessito sair de casa e o meu genro não está aqui com o carro, tenho que ligar para o taxista. Tenho o número do taxista do supermercado, quando preciso, eu ligo e ele vem me buscar. Nessa semana, a senhora que distribui o leite para as pessoas do bairro disse que o marido dela irá me levar à consulta que tenho com o vascular em Itaquaquecetuba. Irei a essa consulta porque os meus pés estão inchando há mais de um mês... É assim a minha vida. Há anos que não vou ao supermercado, à feira... O cabeleireiro vem aqui em casa...

Eu sofro muito por não conseguir mais andar na rua... Para andar, sair e ver as pessoas. Às vezes, eu saio, mas ficam me perguntando porque estou mancando, se eu tive um AVC (acidente vascular cerebral)... Esse tipo de pergunta... Eu prefiro não sair... [Demonstra emoção, tristeza]... Falam que é um pouco da pressão, não sei o que é... Eu sei que não me sinto bem em andar na rua.

Só fiquei ruim depois que quebrei o braço. Quando voltei do hospital, durante uma semana a minha filha cuidou de mim... Ela cuidava, cuida... Depois, comecei a treinar a pegar o prato, a colher... E eu consegui sozinha... Eu consigo esticar o lençol da minha cama... Eu pego um cabinho de vassoura, porque não tenho equilíbrio quando me abaixo e tenho medo de cair, me seguro, mas consigo!

Eu faço alongamento por causa do braço, passei três anos com uma fisioterapeuta particular, porque não consegui no SUS (Sistema Único de Saúde). Logo que saí do hospital, tive que me movimentar... A fisioterapeuta trazia os aparelhinhos para tirar as dores, mas ela fez um concurso público, passou e foi trabalhar em hospital... Eu aprendi a fazer os alongamentos, agora faço aqui em casa sozinha, para ter força nos braços, porque eu levanto a noite inteira... para conseguir tomar banho sozinha... Sentadinha, mas tomo. Mas estou bem.

Há 30 anos tomo medicação, sou hipertensa. Quando eu era jovem, não me incomodava com a medicação... Mas de 15 anos para cá... Não posso parar de tomar, de manhã e à noite... Às vezes, eu fico sem medicamento... Eu tenho que comprar os remédios... Os remédios caros não têm no posto... Eu dou graças a Deus, porque tenho a minha aposentadoria, mas a metade dela gasto com absorventes... Há dois anos e meio eu uso absorvente 24 horas.

Eu precisava frequentar um lugar para sair daqui de casa, mas devido à coluna... O médico disse que não posso operar... Esperamos. Precisava de mais absorvente por causa da incontinência urinária... Eu gasto R\$ 280,00 com a compra

de absorventes por mês. Eu não sinto quando faço xixi... Levanto de três a quatro vezes à noite, e preciso trocar de hora em hora... São 24 horas usando absorvente. Eu deixo de sair de casa por isso, pela coluna não... Eu fico com vergonha de ir às casas das pessoas e ter que ficar me trocando de hora em hora... Aonde vou é na casa do meu filho, porque a minha nora já me conhece, meu filho sabe do meu problema... Mas, em outro lugar eu não vou, porque não me sinto bem, de jeito nenhum. Mas nunca passei vexame... Não é fácil...

Não tenho ajuda de custo. Só dentro de casa mesmo, a minha aposentadoria, a minha filha e o meu genro que mantêm a casa... O meu genro trabalha no interior e retorna aos finais de semana. Quando ele volta, é o dia de compra, ele pega o carro e deixa tudo aí.

Eu me sinto um pouco frustrada, porque eu era mulher super ativa... Trabalhei 40 anos como manicure e cabeleireira, trabalhava na cidade (centro da cidade de São Paulo), depois retornava para casa e quando não tinha serviço em casa, eu fazia unha em domicílio. Eu era uma mulher super ativa. Meu marido era caminhoneiro, eu que tomava conta de tudo! Carnê para pagar, INSS dele, tudo era eu. De repente você se sente... Às vezes, tenho uma recaída... Eu era muito ativa... Penso que eu perdi o meu objetivo... [Demonstra emoção, tristeza]... Eu não tenho mais vontade de me arrumar, vontade de sair, comprar roupa, calçados. Eu perdi o meu objetivo, eu não tenho mais. Eu tenho Deus comigo toda hora...

Se eu tivesse alguém para me levar aos lugares para fazer alguma coisa... Eu não ando, só fico na cadeira parada no sol... Porque se eu começo a andar, não dá dois segundos, a perna trava e fica dormente... Tenho medo de cair e, por isso, não ando na rua... O bairro precisa de um lugar para fazer atividade. No posto de saúde tem de manhã, uma amiga minha faz alongamento... Já para mim não dá, porque não tenho como me locomover.

Eu não tenho nada que reclamar do posto, quando preciso, eu consigo, a agente comunitária é muito boa, ela sabe do que eu preciso. Quando recebi a notícia do meu problema... [Demonstra emoção, tristeza]... Cheguei em casa arrasada, e a agente de saúde trouxe um psicólogo para conversar comigo. Depois, coloquei na cabeça: se for para eu ficar assim, que seja feita a vontade de Deus. Porque já procurei de tudo...

Eu tenho um retorno com o urologista, pois o médico do posto veio ver os exames e pediu para fazer outros, para analisar a causa da incontinência urinária. A

Narrativas, vivências e sentimentos

médica que realizou o exame disse que tenho que fazer sonda duas vezes por semana para soltar mais xixi, para não complicar os rins... Disse que não tenho nenhum problema na bexiga, a causa é o nervo da coluna que contrai a bexiga... Mas, o doutor não aconselha nenhum tipo de sonda, por isso me encaminhou ao urologista... Demorou um ano e um mês para eu conseguir fazer o exame, particular seria R\$ 250,00, mas o meu dinheiro não sobrava... A consulta demorou seis meses.

Eu recebo a visita do médico do posto, que a agente traz... Eu fico tão feliz... É tudo para mim... Tenho tontura quando me abaixo, saio me segurando. Falei sobre isso com o doutor e ele disse que não era labirintite. Ele passou um remedinho e melhorou. Agora eu aprendi, eu abaixo o corpo, mas a cabeça não... Então eu levanto.

Quando eu tinha consulta no posto, gastava R\$ 20,00 de táxi, agora não, porque o doutor vem aqui em casa... O doutor entrou, fiz amizade, a agente comunitária explicou o meu caso e ele vem me visitar. Eu não tenho como frequentar o posto... Eu não tenho! Andar com o andador, já usei por seis meses, não quero, não me sinto bem... De muleta, pior. Fica difícil para mim... Eu fico pensando na mulher que eu era... Fica todo mundo perguntando... [Demonstra emoção, tristeza]... Uma colega minha duvidou que eu não tivesse sofrido um AVC... Ela duvidou... Se tivesse sofrido, eu estaria com tronco e membros defeituosos... Por causa do problema da coluna, eu perdi o equilíbrio, então, ando devagar, mas ando.

Eu tenho dó de algumas pessoas que passam aqui na rua... Acho que eles precisam de muita ajuda... Passam pessoas sozinhas, sem família... Dá dó de ver. Tem pessoas que param para descansar... Não sei do que elas precisam... No meu caso não, porque a minha família é grande, quando não tem filho, tem neto... Os netinhos vêm para cá, passam os domingos comigo, deixam-me até anestesiada. Eu falei ao meu netinho que vou passar alguns dias na casa dele e ele disse que é só eu arrumar a bolsa, a minha filha perguntou onde eu dormiria, ele disse que na cama dele... [Demonstra emoção, alegria]... Eu tenho um neto que precisa de mim... Ele mora comigo... É um filho neto de ouro... Eu criei desde um ano e oito meses, o pai dele faleceu. O meu filho faleceu do coração há dois anos, com quarenta e três anos... Morreu do meu lado... [Demonstra emoção, tristeza]

Quando eu estiver mais velha, sei que todo mundo vai para o seu cantinho... O meu neto vai casar, a minha filha e o meu genro irão comprar a casinha deles... Eles vão sair daqui (casa)... Eu quero ver como é que eu vou ficar. Eu falo

Narrativas, vivências e sentimentos

para eles construírem em cima desta casa, mas eles não querem.

Jatobá, 65 anos, evangélica, nasceu em Camaragibe, Pernambuco. Estudou o primeiro ano do curso técnico para magistério, que era uma habilitação para ser professor nas séries iniciais do ensino fundamental. Solteira, sem filhos, trabalhou como manicure e se aposentou. O seu rendimento não é suficiente para suprir todas as necessidades. Reside com seis familiares em uma casa de quatro cômodos, após passar por uma cirurgia que afetou sua independência. Devido às limitações físicas, sua vida resume-se ao ambiente familiar e às idas à fisioterapia.

No momento, me sinto inutilizada... Porque eu era uma pessoa que fazia tudo. Eu trabalhava... Mas de um dia para a noite a minha vida parou... Eu me sinto uma inútil

Entrevista nº 4**Data: 18/06/2015**

Eu nasci em Passos de Camaragibe (Alagoas), saí dessa cidade com cinco anos e fui para Maceió, onde morei até os meus 22 anos. Eu seria professora, mas desisti para vir para cá (São Paulo). Estava estudando o primeiro ano do Normal, não sei agora como se chama, porque na minha época era para ser professora... Nunca casei, não tive filho. Eu era católica, agora mudei de religião. Hoje sou evangélica.

Eu ainda cozinho, mas preciso de ajuda quando a panela está muito pesada. Mas eu sento um pouco para descansar, porque é só uma perna, o que acaba forçando muito a outra. Então eu sento, depois faço uma coisa, sento novamente e faço... Não posso colocar nada no varal, não tenho condições, porque necessito abaixar muito... Preciso de ajuda de uma pessoa para fazer compras, para pegar dinheiro... Eu só ando com o andador, tenho muita dificuldade para subir escada... Não saio mais de casa, não tenho condições...

Eu dependo muito de mim, do meu rendimento, do meu salário... Da minha aposentadoria - é um salário mínimo... Eu convivo com os meus sobrinhos, não são filhos, então, não tem uma responsabilidade...

No momento, me sinto inutilizada... Porque eu era uma pessoa que fazia tudo. Eu trabalhava... Mas de um dia para a noite a minha vida parou... Eu me sinto uma inútil... [Demonstra emoção, tristeza].

Eu tinha uma saúde ótima até que, no ano passado, em junho, levantei com uma dor nesse joelho, fui ao hospital e fui operada. Eu tinha um cisto, mas demoraram para fazer a cirurgia, ele se alastrou e chegou até o meu osso. Estou fazendo as fisioterapias lá (hospital) até agora, porque eu demorei...

Estou utilizando o "Atende" (modalidade de transporte gratuito, porta a porta, para pessoas com deficiência física com alto grau de severidade e dependência), justamente por não conseguir pagar para chegar ao hospital para fazer as minhas fisioterapias. O "Atende" demorou sete meses para vir aqui me

buscar para eu poder realizar as fisioterapias. Então, nesses sete meses, a minha perna foi piorando e atrofiando, mas graças a Deus, agora faz uns dois meses que estou indo à fisioterapia e a movimentação do meu pé está melhorando. O meu joelho está calcificado, eu preciso realizar a fisioterapia para, em seguida, o médico resolver se precisarei fazer uma cirurgia no joelho.

O que precisa ter... Saúde quando esteja doente, alguma condução para levar a pessoa quando precisar. Não demorar tanto como eu demorei sete meses para conseguir o “Atende”... Eu não tenho nada para falar do “Atende” em relação ao modo como sou tratada, eles são ótimos... Eles nos tratam com muita delicadeza, muito bom. É a demora, a demora de vir atender. Porque eu fiquei sete meses esperando e era uma coisa que eu não podia esperar tanto. Porque o meu problema ia atrofiando, como atrofiou... Se fossem mais rápidas as coisas... Quando precisasse deles, atendessem mais rápido... É isso que eu tenho para falar.

Eu e a minha cunhada nessa condição, nós não podemos ir até lá (Unidade Básica de Saúde), porque é uma condução para ir e a gente não tem. O doutor vem aqui em casa, é uma bênção para a gente. Eles (equipe da Estratégia Saúde da Família) vêm aqui em casa ver a gente, tirar a pressão, passar um remédio, passar um exame, é uma bênção... Está sendo ótimo... Eu agradeço muito por isso.

Melhorar é sempre bom... De melhorar... Por exemplo, estou com uma consulta para fazer sobre o meu problema, ortopedista, e está demorando muito, se fosse mais rápido, para a gente seria melhor... Estou mais de três ou quatro meses esperando... Se fosse mais rápido para ir ao médico, para saber logo o que está acontecendo, tomar os remédios, isso seria melhor... Poderiam colocar funcionários suficientes nos postos para atender... mais pessoas para trabalhar... Para serem mais rápidas as consultas... Às vezes, não é atendido logo porque não tem médico... Melhorando isso, está ótimo.

Eu acho que seria bom... Um lugar para as pessoas idosas terem alguma atividade de lazer... Para idosos e crianças também... Algo mais próximo da gente. Eu acho que seria bom... Se tivesse profissionais para ensinar a fazer alongamento, porque o velho precisa muito disso para poder se movimentar melhor...

O envelhecimento para mim... Eu sempre quis ficar velha... Se eu estivesse com a saúde que tive até os meus 64 anos e alguns meses, estaria ótima. Não tenho nada que reclamar da minha velhice, porque sempre fui uma pessoa que

nunca me preocupei em ficar velha. Eu achava que era uma bênção de Deus. Hoje em dia, as pessoas não chegam nem aos 40 e eu cheguei aos meus 65 anos. Agora que eu estou doente, mas isso eu tenho mais que agradecer a Deus do que pedir para Ele, porque eu tive saúde mesmo. Eu tenho 65 anos, não tenho pressão alta, não tenho diabetes, meu coração funciona muito bem, assim os médicos falaram. Eu não tenho nada do que reclamar. Sempre fui saudável, nunca precisei de médico... Sempre tive minha pressão boa, sempre... Nem gripada eu ficava...

Aliás, eu precisei de médico quando entrei na menopausa, só isso... Eu fiz o tratamento no médico particular que uma amiga indicou, porque fiquei muito preocupada, pois apareceu um nódulo no seio. Eu paguei uma consulta, que não foi muito cara, fui muito bem atendida. Não precisei operar, porque só com o creme e alguns remédios que foram receitados, o nódulo desapareceu. O médico falou que eu estava com problema por causa de uma mudança no meu organismo, por isso apareceu aquele cisto. Depois disso, não tive mais nada. Foi só uma mudança da juventude para a velhice. Só isso [Demonstra emoção, alegria]. E agora, aconteceu-me isso aqui. Isso aqui vai passar...

Carvalho Brasileiro, 81 anos, natural de São José de Lage, Bahia. Católico, alfabetizado, mas não frequentou escola. Não é aposentado, recebe o Benefício de Prestação Continuada, contudo, sua renda não é suficiente para suprir todas as necessidades. Casado, teve cinco filhos, atualmente mora com a esposa em uma casa de três cômodos. No fundo do mesmo terreno, uma filha reside com sua família. Deficiente visual, com dificuldades de locomoção, lamenta-se por somente ficar restrito em casa, na maioria das vezes, na sala. Se sente muito feliz quando encontra uma pessoa para poder conversar e se distrair.

A minha saúde foi muito boa, mas agora é ruim... Estou tendo problemas que estão chegando. Eu acho que causa é devido à idade mesmo, porque nunca tive problema nenhum, sempre fui uma pessoa que trabalhou bastante

Entrevista nº 5**Data: 25/06/2015**

Eu e minha esposa moramos aqui há 43 anos, tenho muitos conhecidos no bairro e me dou bem com os vizinhos, graças a Deus! Tenho cinco ótimos filhos, que nunca me deram trabalho, graças a Deus! Eles sempre estão ajudando, cuidando de mim. O meu filho tem um grande cuidado comigo, quando você pensa que ele não está e precisa fazer alguma coisa, ele vem me buscar, às vezes, para ir até a casa dele. A vida é essa...

Eu não sou aposentado, recebo o benefício de um salário mínimo. A minha renda não é suficiente, é a pulso... Teria que ser suficiente, porque não tem outra, mas não é.

Eu trabalhei no interior, no meio rural, em lavoura. Eu fazia de tudo, plantei milho, feijão... Depois mudei para a cidade, trabalhei uns 22 anos empregado, mas não deu para aposentar, porque faltou parte da contribuição, tem que pagar o INSS do começo... Depois disso, fui trabalhar em um sítio próximo à cidade de Santa Isabel, eu cuidava de tudo lá. Morei vários anos, mas enjoei e voltei para casa.

A minha casa estava precisando de reforma, comprei os materiais e estava cuidando no portão, estava conversando, até que senti um negócio e caí. Levaram-me ao hospital e o médico disse que era começo de derrame. Fiquei ruim, voltei para casa com um problema do lado esquerdo da perna, depois deu do outro lado, fiquei andando meio atrapalhado, meio ruim. Eu estou indo, dá uns probleminhas, mas quando fico ruim, vou para o hospital.

Eu não consigo usar o telefone, porque ir até o telefone para depois voltar é um sacrifício. Agora, como estou usando o aparelho sem fio, trazem até aqui. Eu conseguia usar meio de transporte, mas agora não estou conseguindo mais nada...

A minha saúde foi muito boa, mas agora é ruim... Estou tendo problemas que estão chegando. Eu acho é devido à idade mesmo, porque nunca tive problema

nenhum, sempre fui uma pessoa que trabalhou bastante. Quando trabalhava, sempre em janeiro, os empregados tinham que passar no médico para avaliar a saúde, o médico dizia que eu estava bem melhor do que os outros empregados que estavam lá (consultório). Eu não era de tomar remédio, agora estou precisando tomar um pouco de remédio que o médico passou... Eu trabalhava e não tinha problema...

A minha vista foi ficando fraca, e fui perdendo... Eu fui a um canto, depois a outro, em cada clínica tratavam-me de um jeito. E foi atacando, atacando, até que foi preciso operar. Operei a esquerda, mas passou para a outra, que deveria operar também, mas não fui. Operei a vista esquerda, mas a direita não. Atacou e perdi tudo! Eu fui enxergando pouquinho, pouquinho até que terminou. Agora estou no escuro, eu estou vendo você pela fala, mas não vejo nada. Não enxergo mais nada há dez anos... Agora estou perdendo muito...

Mas sabe o que é também? É a idade. Quando a idade chega, os problemas vão aparecendo. Eu era muito forte quando novo, eu não tinha medo de nada. Qualquer coisa estava boa para mim... A gente venceu a idade e quando chega a idade que venceu, os problemas ficam aparecendo.... Às vezes, fico apavorado... Quando perdi a vista, fiquei apavorado. Muitas vezes, quando passava alguma pessoa conhecida na frente de casa, eu não enxergava... A gente nunca fala que está mal para as pessoas... Mas eu sentia uma tristeza, agora não tenho tristeza como antes... Tinha dias que eu chorava, porque a pior vida do mundo é não enxergar. A vida é assim mesmo. E no mundo tem que ter de tudo...

Tenho dificuldade de ir ao banheiro, mas tomei um remédio para isso. Eu não posso mais andar, preciso de ajuda para me levarem ao banheiro, estou ficando dez dias sem ir ao banheiro... A minha perna dói... A coluna dói... Agora deu um problema na garganta. Os problemas chegaram todos de uma vez, mas estou contente, fazer o quê... Eu estou sentindo porque não posso andar... Mas como se diz, estou contente porque venci minha idade!

Eu tenho problemas que nunca tive. Até os 65 anos, eu trabalhava sem problema, mas agora tenho um em cima de outro. Estão aparecendo coisas, sinto o que não sentia, tenho muita dor de cabeça, os olhos doem muito... Eu estive internado por três dias, fiquei ruim à noite e precisaram sair correndo comigo para o hospital, o pessoal daqui de casa ficou com medo, assustado...

Há oito dias eu estava almoçando e passei mal. Normalmente, trazem o

almoço aqui, mas naquele dia a minha filha que mora nos fundos disse para almoçarmos na mesa, era domingo. Estava almoçando, brincando, comendo, não tinha nada, até que veio aquele aborrecimento, a minha garganta fechou e a comida não descia. Quando dei fé, somente os escutava me chamando, mas não entendia... Eu estava passando mal. Correram comigo ao médico, que tratou de mim. Voltei bem... Meio aborrecido, mas voltei para casa. Depois, à noite, passei mal novamente. Estava dormindo, até sonhava... Não sei se foi a febre que me deixou delirando. Acordei ruim e chamei a minha esposa, que correu e chamou a minha filha que mora nos fundos, ela que sempre me leva ao hospital. Levaram-me correndo ao hospital. Chegando lá, deram-me bastante coisa, fizeram muitos exames, melhorei um pouco e voltei para casa. Depois de três dias, senti a mesma coisa e retornei ao hospital, onde fiquei internado por três dias. Tive muita vontade de voltar para casa, agora voltei, graças a Deus, e não me deu mais nada... A minha saúde é ficar ruim mesmo e, quando a coisa ataca, é preciso me levar ao médico, ao AMA (Assistência Médica Ambulatorial)...

Para ter saúde? Eu já digo que é difícil a pessoa de idade ser sadio. A pessoa de idade sempre tem um probleminha. Quem precisa ter saúde é o pessoal mais novo, de 50, 60, até 70 anos... Eu mesmo nunca bebi, fumei, nunca fui farrista, porque tudo isso maltrata a idade da gente. Na idade que tenho, a minha pressão é doze por oito. Diabetes, eu tive um pouco por um tempo, mas o médico do posto veio e disse que eu não tenho diabetes, que a minha diabetes está controlada.

Tem o posto de saúde que o médico e as enfermeiras sempre vêm tirar sangue, cuidar da gente em casa. Eu acho o pessoal do posto muito bom... Eu não posso sair... O posto é pertinho, mas não dá para eu ir lá, e eles vêm cuidar de mim aqui (casa)... Para mim, é uma grande coisa, eles cuidam de mim aqui mesmo e eu acho legal isso.

Eu gostaria que tivesse mais e mais, porque agora mesmo, a vacina... A vacina dos velhos eu não tomei, eles sempre vêm dar injeção em casa e ainda não vieram. Eu esperei e não vieram. Se fosse para ter ido, eu iria, porque me levariam, mas eu espero em casa. Disseram que a qualquer hora iriam aplicar a vacina...

Eu gosto de falar porque eu enjoa quando tenho que andar de carro, até vomito dentro do carro... Eu trabalhava com carro na cidade, ia para todo canto, não tinha problema, agora está dando. Quando eu entro no carro, já estou passando mal, preciso ficar tomando Dramin... Agora eu fico ruim...

O que precisa ser feito nesse bairro... Tem que cuidar... Os velhos precisam ter uma condução... Uma condução no posto para levar a um hospital, quando não puder ser atendido no posto... Os idosos precisam ter um conforto... Fica ruim para um idoso ir correndo ao hospital sem um negócio para levar. Sem uma ajuda, sem uma ajuda...

O bairro está melhorando pouco a pouco... Está melhorando... Antigamente, não tinha esse negócio de quando a pessoa ficar ruim vir pegar em casa... Como é que se chama... SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). Tem muita gente que diz que demora... Mas assim, que nem eu, que abriu a vila (bairro), um dos primeiros a morar aqui... Quando iniciou a venda dos terrenos, eu comprei e a gente não tinha nada. Hoje a gente tem tudo... Não tinha nem essa avenida, que era um esgoto, só tinha rato dentro da minha casa. Hoje tem o jardim que está bonito e arrumadinho... Hoje tem tudo, comparado com o que era, tem tudo...

Você está fazendo uma coisa boa para mim e é uma ajuda, uma ajuda boa... Saber como está a vila, se está de acordo. Eu acho que isso já é uma grande coisa. O que precisa é isso, porque, às vezes, que nem eu... Tem muitos outros de idade e não estão sabendo de nada, para eles está bom, está normal... Porque não tem ninguém para saber das coisas... Eu converso muito. Uma porque eu gosto de conversar e outra, porque eu fico aqui sentado dia e noite... A gente tem que dar graças a Deus quando chega uma pessoa para a gente se distrair... A gente se distrai...

Os idosos do bairro tem que ter tudo. Tratamento... Não vou falar do posto de saúde porque pelo menos vem aqui (casa)... Eu tenho médico, graças a Deus! Somos cuidados direitinho, os médicos têm cuidado. Quando o médico não vem, as enfermeiras vêm aplicar injeção, coisas assim... E assim está indo... Eu estou sendo tratado e cuidado.

Para o meu futuro eu não quero mais nada. Só Deus! Não tem muita coisa, porque com os problemas não dá para esperar muito. Mas, enquanto tem vida, a gente espera coisa boa. Não é porque está ruim que vai dizer... Mas para o futuro mesmo... Dizer que eu vou fazer alguma coisa para o futuro como eu ia fazer... Já fiz de tudo na minha vida. A gente vive hoje do jeito que está vivendo... Tenho medo da vida... O fim da vida como vai ser...

Palmeira Mari Rosa, 75 anos, doméstica, evangélica, nasceu na cidade de Garanhuns, Pernambuco. Frequentou até a segunda série do primário. Reside sozinha em uma casa de um cômodo. Teve três filhas, é viúva e, durante a entrevista, ressaltou que nunca foi feliz no casamento. Recebe uma pensão, aluga algumas casas do seu terreno e faz banquinhos de madeira para complementar a renda. Está com dificuldade de locomoção, devido a um problema na perna.

O que eu espero mais da minha idade? Eu só espero chegar o dia de morrer. Eu queira morrer com saúde... Com abundância de saúde

Entrevista nº 6

Data: 25/06/2015

Eu frequentei uma escola, mas muito pouco, até o segundo ano do primário. Eu não sei nada, somente assinar o meu nome. Eu era católica, mas agora estou frequentando uma igreja evangélica. Trabalhava na roça, então quer dizer que não tenho muita coisa para falar... Para eu chegar aqui, nesse lugar (bairro), foi muito complicado... Eu andei a pé do Paraná a São Paulo, acredita? Pegava umas conduções no caminho... Muito complicada a minha vida...

A minha renda é suficiente porque eu tenho o salário, que é a pensão do meu esposo, e tenho algumas casas que alugo para ajudar um pouquinho. Eu trabalho em casa e faço banquinhos (trabalho manual).

Eu tenho medo de tudo, porque a gente vive aqui nesse mundo... Você sai na rua, tem medo de ser assaltada, de ser atropelada. Então, quer dizer que a gente arrisca tudo. Eu tenho medo de ser assaltada. Porque atropelado Deus livra, mas assaltado não.

Envelhecer é passar os anos... Todo mundo fica velho. Hoje nós estamos com uma idade, amanhã já temos outra. O que significou é que eu nunca fui feliz, fui casada e não fui feliz, não fiz o meu marido feliz também... Eu casei por intermédio de família e muito nova. Quando eu casei, tinha acabado de completar 16 anos... Ele morreu infeliz, sobre a convivência a dois... Ele morreu em 92. Graças a Deus ele... Ele morreu em 92... Eu não tenho muito que contar...

Eu tenho o que contar assim... Porque, graças a Deus, eu nasci e me criei numa casa que não tinha amor, porque meus pais não sabiam nem o que era amor. Hoje em dia eu falo para as minhas filhas que se eu não dei amor foi porque não tinha para dar... Tenho três filhas... Eu fui criada sem amor e sem amor eu criei meus filhos. Eu peço desculpas aos meus filhos por tê-los criado sem amor.

Hoje eu tenho amor para dar aos meus netos, até demais. Graças a Deus, tenho os meus netos e eles são muito amados. Eu gosto muito deles. Tenho sete netos e três bisnetos. Tenho bisneto com 19, 20 anos. A minha neta pariu muito cedo. Eu espero ainda ter um tataraneto. Mas ela disse que não quer casar tão cedo

e eu dou forças para que ela não se case. Porque casar é uma complicação na vida da gente muito grande. Casar não traz felicidade para ninguém. Para mim não trouxe. A vida de casado é uma vida complicada. Não gostei da vida de casado, porque eu casei sem amor.

Eu não tenho apoio de ninguém, às vezes minhas filhas ajudam-me a olhar... Se me veem no sacrifício assim... Não o financeiro, olhar pela minha pessoa. Se elas me veem no sacrifício, elas têm que socorrer... Assim, uma doença que precise que me socorram... As minhas filhas são tudo para mim.

Agora mesmo, eu não estou podendo fazer nada. Eu consigo quando estou podendo andar... Sinto-me muito frágil por causa dessa perna. Inclusive, quero passear e não posso agora. Mas, pelo jeito que estou, terei que passear doente mesmo.

A minha perna está esquecida. Eu estou com essa perna muito esquecida. Esqueceu do nada... Eu fui ao ortopedista particular e ele passou algumas fisioterapias para eu fazer. Já fiz dez e foi somente gastar dinheiro.

Eu estou me sentindo muito frágil com essa perna. Antes, se me perguntassem se eu queria perder a perna ou a mão, eu responderia a mão, eu pensava assim. Mas era engano, a perna da gente tem mais validade do que a mão. Porque se você não tem a mão, se tem um esquecimento na mão, você consegue ir ao fim do mundo. Agora, se o problema for a perna, você não vai. A perna tem muita validade para nós, para andar, para tudo. Essa perna tem mais utilidade para mim do que a mão.

Eu acredito que precisa vir médico em abundância para os postos. Ter médico em abundância para passarmos nas AMAs (assistência médica ambulatorial), no posto de saúde. Esse posto tem um médico que é uma bênção, mas ele não vence todo mundo. Tinha que ter mais médico para nós... Têm vezes que no posto não acha remédio. Precisa de remédio, médico... O que mais um velho precisa?

Na minha idade... O que eu espero mais da minha idade? Eu só espero chegar o dia de morrer. Eu queira morrer com saúde... Com abundância de saúde.

Eu fico feliz quando a agente vem me visitar para saber da minha saúde... É muito bom. Porque agora, é ela que está trabalhando. Ela vem sempre aqui. Todo mês ela vem... Então, eu acho legal, porque a gente precisa da ajuda das pessoas. E eu acho muito bom que elas vêm (casa). Mas só que elas vêm, coitadinhas, elas

não podem fazer nada por nós. Porque ela vem todo mês, mas não pode fazer nada por mim... Remédio. Ela não pode favorecer nada sobre isso. Ela só vem, vai embora e nada melhora para nós. Não tem melhoria para nós.

Os governos não fazem nada por nós. Eles fazem alguma coisa por nós? Eu acho que os governos estão muito safados. E precisava fazer um impeachment para a presidenta. Porque fizeram para o Collor (ex-presidente da república), e ele que não fez nem a metade do que ela (presidenta) faz. Eu acho que ela (presidenta) faz as coisas para si e não favorece a população dos pobres, não está nem aí para nada.

O que eu tenho a dizer é que o Governo tome vergonha na cara e pague um salário bom para os agentes. Por que o Governo não faz isso? Temos um salário de miséria para sobreviver. Quanto a presidenta ganha? E ela (agente comunitária) ganha quanto? Um salário mínimo? Se ela ganhar mais um pouquinho é sorte dela. Nós pobres, vivemos aqui no chão, sobrevivendo de um salário mínimo, para trabalhar quantas horas no dia? Eu acho isso uma baixaria. Eu acho muito pouco uma pessoa trabalhar trinta dias por um ou dois salários mínimos. Eu acho muito pouco. Enquanto os governantes só se preocupam em viajar, no melhor para eles, e não soltam nada para os pobres. Eu acho que precisava melhorar...

O meu futuro é meio complicado, porque quem já viveu 75 anos não vai viver mais 30, 40. Está mais perto de morrer do que de viver. Mas a gente espera o melhor. Que Deus abençoe o melhor para nós, porque esperamos o melhor de Deus. Daqui do mundo ninguém espera nada não. O mundo não tem nada para oferecer para nós.

Jacarandá da Bahia, 83 anos, evangélica, nasceu em Guanambi, Bahia. Estudou o primeiro ano do ensino fundamental. Teve 18 filhos, dos quais nove estão vivos. Sempre cuidou dos filhos e de sua casa. Reside sozinha no piso superior do terreno que divide com alguns filhos. Viúva há cerca de um ano, lamenta muito pelos problemas de saúde sofridos por seu marido e por sua difícil situação financeira.

Peço para Deus me abençoar... Mas futuro de ter que trabalhar e fazer serviço eu não aguento mais... Se eles me dessem uma ajuda, eu queria, porque não consigo trabalhar... Eu não aguento mais trabalhar, eu já trabalhei muito

Entrevista nº 7**Data: 25/06/2015**

Eu nasci em Guanambi, Bahia. Estudei somente um ano e meio na escola. Eu sou adventista da promessa, evangélica. Vou à igreja, mas não com a mesma frequência de antigamente, em um mês vou duas ou três vezes... Tem uma irmãzinha que me busca. Eu vou até telefonar para ela amanhã, para passar aqui (casa) e me levar (igreja)...

A minha profissão é cuidar... Já trabalhei muito na roça, depois cuidava da filharada... Já trabalhei muito... Tive 18 filhos, mas posso dizer que não estão todos vivos, tenho nove filhos vivos...

Eu moro sozinha nessa casa. Moro aqui (bairro) há 40 anos, mas morava na casa da minha filha... O bairro mudou, não tinha o posto, somente a creche. Quando eu mudei, não tinha essa escola, era muito feio aqui, somente havia uma estradinha toda de terra e um valetão (córrego) com muitos ratos, pernilongos... Aqui era ruim... Mas, graças a Deus, que Ele abençoou...

Eu tenho medo de bandido... Eu fico mais em casa, mas, às vezes, utilizo ônibus para ir ao médico. Um dia desses, fui à prefeitura para arrumar a minha carteirinha de ônibus que estava vencida. Eu não saio sozinha para locais distantes... Eu consigo, se alguém me colocar dentro do ônibus, porque não aguento subir...

Agora, faço ginástica no posto na segunda e na quarta-feira (risos)... Eu vou sozinha, vou devagarinho, mas quando chega lá, eu não aguento, tenho que descansar...

Tem hora que me esqueço de tomar o remédio, mas quando lembro, eu tomo. As moças do posto deixaram tudo marcadinho o horário de tomar o remédio...

Eu arrumo a minha casa assim... Eu coloco a roupinha na máquina, que lava tudo, mas para passar, já faz tempo que não passo roupa... A minha comidinha tem momento que eu faço e tem hora que a minha menina (filha) me ajuda e me dá um pratinho de comida... O meu genro retira o meu dinheiro e eu já mando pagar as

prestações, agora tem as contas de água e luz para pagar...

Um filho mora aqui embaixo (casa), os outros moram aqui em São Paulo, mas tudo retirado. Eu tenho uma filha com quem morei um tempo, quando o meu esposo ficou ruim da cabeça, mas é assim... Quando ela e o marido brigam, ela vem para cá (casa), mas quando eles ficam de boa, ela volta para trás... Então, eu não posso confiar...

O meu esposo trabalhou muito, mas ele ficou doente. Ele sofreu muito tomando esses ônibus para pegar o trem, porque aqui (bairro) era difícil... Ele saia quatro horas da manhã pegando friagem. O homem pegou uma doença e quase morreu. Eu acho que morreu disso, de friagem, de reumatismo... E acabou que ficou doente, deu derrame e ficou com problema da cabeça... Quando adoeceu, ele ficou muito nervoso, agitado...

Ele trabalhou em uma firma e cortou os quatro dedos da mão. Naquela época, o meu esposo recebia uma pensãozinha de uns cento e pouco cruzeiros, mas depois que o Lula entrou, eles tiraram aquela pensãozinha, os benefícios que ele recebia, e falaram que o tinham aposentado. Ele ficou recebendo um salário... Eu recebo um salário também...

Um homem que trabalhou tanto! Na prefeitura, foram cinco anos, mas não registrado... Ele foi zelador do posto na Vila Regina e colocaram na carteira de trabalho dele que, quando morresse, eles dariam o caixão, mas ele morreu e ninguém achou a carteira... Fez um ano agora em março que ele faleceu...

Ele era um bom pai de família, muito sofredor, mas quando a cabeça arruína, é triste. Depois que ele morreu, fui ao INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), e fui informada que ele não era aposentado, que recebia LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social). Não estou recebendo nada dele, vivo apenas do salário que recebo.

A minha renda não dá... Recebi um salariozinho de R\$ 700, mas é pouco... Fiz dívida... A casa aqui estava molhando todinha, o teto da sala caiu e foi preciso fazer outro, tirar as telhas velhas e cobrir por cima... Mandeí comprar o material, tem a prestação da máquina que comprei, porque não estou aguentando lavar roupa, pois tenho dor na mão... Fiquei devendo. Quando recebo, é para pagar água e luz e não fico com nada. Mas o que atrapalhou mais foi o IPTU (Imposto Predial e Territorial Urbano) que o meu marido não pagou, e agora chegou uma conta de dez mil reais para pagar.

De onde vou tirar esse dinheiro para pagar? [Demonstra emoção, tristeza]. Eu falei para o meu filho que não passarei fome! Ele me ajudou com R\$ 100, eu peguei R\$ 50 e comprei algumas coisinhas para comer, porque não ficarei sem comer. Comprei um franguinho, uma carninha moída, um milhozinho para eu comer, porque eu não vou passar fome... Estou sofrendo...

Eu pedi para os meus filhos me ajudarem a pagar esse IPTU, e pedi pelo amor de Deus para dar um jeito, porque nós não podemos ficar devendo esse IPTU, meu esposo pagava antigamente, mas depois que adoeceu, ficou doido da cabeça e deu aquele derrame, ele ficou muito nervoso, agitado...

Meu Deus, de onde é que vou tirar esse dinheiro? Os meus filhos também são todos pobres, não tem nada, trabalham para comer. Eles não podem pegar o que têm e me dar para comer. Eu recebo esse salariozinho, mas tenho que pagar as minhas dívidas, preciso comprar as minhas coisinhas, tenho que comprar quando preciso, às vezes, quando eu fico doente. Eu trabalhei tanto nesse mundo, criando meus filhos no interior, na roça, matando eles (filhos) no meio daqueles venenos, do sol quente... Eu vim embora para São Paulo e não pude pagar um convênio, isso é duro, é duro...

A minha saúde não é boa. É regular... Porque eu tenho arritmia no coração e dor nas pernas, artrose... Eu tomei um tombo e fui para o pronto-socorro... Eu peguei o ônibus, desci e fui atravessar a rua, fora no farol, quando olhei, vi um carro que quase me partiu. Caí na sarjeta, bati a cabeça e o braço ficou queimado. Um casal de idosos ajudou-me a levantar. Eu não quis que me levassem ao posto e fui devagarinho; quando cheguei lá, cuidaram de mim, deram-me uns negócios, mediram a minha pressão e pediram para eu ir ao pronto-socorro, mas não fui, porque fiquei com medo que me deixassem lá (pronto-socorro) e eu estava sozinha. Fui embora.

Depois, fui ao posto daqui do bairro, a doutora disse que não colocaria a mãe em mim e que eu deveria ir ao pronto-socorro naquela hora. A minha nora levou-me. A médica disse que não havia quebrado, mas que eu estava com artrose. Ela receitou duas injeções, remédios, pomada e eu fui embora, mas a dor nas pernas e no joelho continua... Quando subo escada, parece que o joelho vai soltar...

Eu passava no hospital do idoso (Centro de Referência do Idoso) de São Miguel, onde havia uma boa médica, com a qual me consultei por nove anos. A médica era uma mãe para mim, tão boazinha... Chorei muito quando ela foi embora.

É que gente boa, a gente chora... Eu passava com essa doutora e todo ano ela pedia ultrassom, encaminhava-me e eu fazia aquele exame que colocam um relóginho... Eu tenho problema na “tireoide”, eu já fui operada há 40 anos, mas ficou um carocinho que cresceu, mas estou achando que está diminuindo. Meu Deus! A mão de Deus que está baixando, porque estava muito alto... Essa médica falava que eu precisava fazer esse exame duas vezes ao ano, para ver se era maligno ou benigno o tumor, mas eu não fiz mais depois que ela saiu...

Eu precisava operar da vesícula, mas Graças a Deus que me ajudou, eu melhorei, e não fiquei mais com aquela ruindade que sentia... Quando eu comia, em vez de descer, subia (comida)... A médica disse que a vesícula atrapalha tudo, e é mesmo, mas Graças a Deus eu fiquei boa e não precisei operar. O senhor Jesus foi quem me curou. Eu pedi para Deus e Ele me ouviu, e não precisou, porque eu não senti mais aquelas coisas que eu sentia. Eu não podia comer nada, tudo o que eu comia sentia mal. Mas Graças a Deus, eu melhorei.

Agora estou passando no posto, o médico é muito bom, muito atencioso... Graças a Deus que mandou esse médico. Tomara a Deus que ele fique, porque quando chega um médico bom, logo vai embora. Tomara a Deus que ele fique, porque ele é muito bom, a gente está gostando muito dele.

Os problemas de saúde... Eu estava com catarata, o doutor do posto encaminhou-me para o hospital... Fiz a cirurgia há quatro anos... No mês de fevereiro, realizei a cirurgia na outra vista, graças a Deus... Fizeram esses óculos para mim, que custaram quase R\$ 1000, estou pagando R\$ 133 por mês. Recebo e tenho que pagar, não fica nada para eu comer, não sobra nada...

Eu já falei para Deus como é que eu faço, porque não aguento mais trabalhar, não tem nada para vender para comprar uma misturinha, porque tem dia que tenho vontade de comer uma misturinha, mas não posso comprar, eu falo que Deus vai me ajudar, porque não vou ficar desse jeito... Agora tem que pagar esse IPTU, porque não tem nada no meu nome, era no nome do meu esposo, ele tomava conta, mas ele ficou doente, variava da cabeça, não sabia mais o que estava fazendo... Não sei como aconteceu...

É algo muito bom para gente (Estratégia Saúde da Família), porque, nesses dias mesmo, a agente veio com a enfermeira, que mediu a minha pressão, ela (agente) arrumou o negócio da ginástica para mim... Foi muito bom, eu não tenho o que falar daí do posto, é muito bom. Muito bom, porque vem e mede a

pressão da gente, vê como está...

A agente arrumou a ginástica, eu estou indo e estou gostando, até parece que a dor da coluna está acabando... Eles agitam o corpo da gente. Eu conheci muitas pessoas (risos). Amanhã terá uma festinha na chácara, mas eu não conseguirei ir... Eu estou gostando... São muito atenciosos com os idosos, não tem o que falar deles ajudarem aqui e dar atenção aos velhinhos.

Se melhorassem com a saúde da gente... Graças a Deus a gente está recebendo os remedinhos. Eu recebo meus remedinhos, agora estou com a receita. Eu tenho que comprar um colírio, porque quando os olhos começam a ficar assim, tem que pingar o colírio.

Aqui precisava ser melhor para os pobres, para os idosos... A gente já fez muita coisa nesse mundo, muito serviço... Muito resultado nesse país. Eu falo assim... Um confortozinho para a gente passar uma vida melhor (risos). A médica lá do hospital do idoso falava que a pessoa idosa tem que ter mais conforto... E é mesmo, a gente já viveu nesse mundo e já está no fim dele. Podia ter uma boa vida, melhorzinha... É tão difícil... Eu falo, com ajuda de custo... Alguma coisa assim...

Peço para Deus me abençoar... Mas futuro de ter que trabalhar e fazer serviço, eu não aguento mais... Se eles dessem uma ajuda, eu gostaria, porque não consigo trabalhar... Eu não aguento mais trabalhar, já trabalhei muito... Não aguento trabalhar mais assim... Se eu arrumasse e aguentasse um serviço em uma casa de família, uma limpeza, mas eu não aguento... Do jeito que estou, com 83 anos, não é brincadeira não, já sofri muito... Já sofri muito... Se me dessem uma Bolsa Família, porque o saláriozinho que eu ganho é muito pouco...

Eu fico pensando... Quando eu ficar velha, não tenho convênio e para onde é que eu vou? Eu fico pensando nisso... Meu Deus, eu trabalhei tanto! Se tivesse abrigo, um convênio para gente, seria muito bom, porque é duro ficar doente e não saber para onde vai. Eu sei que os prontos-socorros acolhem a gente, mas ficamos sem saber... Até agora, graças a Deus... Porque eu nunca tive convênio. Mas, graças a Deus, já fui muito bem atendida também no hospital...

Precisavam ajudar a gente... Podiam fazer alguma coisa para ter dó dos idosos, como o Bolsa Família, poderiam pelo menos ajudar, porque eu preciso... Às vezes, pensam que tá morando assim, que tem alguma coisa, mas não tem! Eu não tenho nada, só tenho a graça de Deus comigo! [Demonstra emoção, tristeza]

A gente quer viver... Morrer a gente não quer, a gente quer ficar velho.

Tem que pedir a Deus força... Vai ficando velho, a cada dia sabemos que estamos ficando perto da morte. A cada dia a gente está envelhecendo mais, está mais velho... A gente não pode falar assim, que espera a morte. A gente espera a morte, porque ela é certa! Mas tem que confiar em Deus e pedir vida e saúde, é o que eu penso! Que o senhor Jesus me dê saúde! Espero que o senhor Jesus me dê força, vida e saúde. Eu não posso me entregar e ficar em cima de uma cama, porque isso é triste, você ficar esperando pelos outros, isso é uma coisa muito triste. Deus me dá força!

Embaúba, 101 anos, aposentada, católica, nasceu na cidade de Itiúba, Bahia. Nunca frequentou escola. Trabalhou no campo e desenvolveu muitas atividades na vida para poder cuidar dos seus filhos. Teve dez filhos, contudo, o mais velho faleceu. Mudou-se para São Paulo há 42 anos em busca de uma vida melhor. Atualmente, reside sozinha em uma casa no piso superior de um terreno que divide com outros familiares. Apresenta dificuldade de sair de casa e descer a íngreme escada de sua casa, devido às limitações de locomoção. Recebe apoio, principalmente, de seu filho mais novo. Não se sente valorizada por todos os seus filhos, o que a deixa muito triste.

É muito ruim envelhecer. Perde a cabeça, as vistas, as pernas, a força... Acaba tudo! E, ainda, não acha quem ajuda. Uma filha disse-me que eu estava boa de morrer... No futuro, espero que Deus me dê uma boa hora. Todo dia eu peço a Deus

Entrevista nº 8**Data: 25/06/2015**

Eu sei escrever e ler, mas nunca frequentei escola. Aprendi com os meus irmãos e com as pessoas de fora... Eu sei fazer tudo... Trabalhar, comida, panela, cola, rede, sei fazer tudo quanto é coisa.

Eu limpo as minhas coisas em casa. Tenho medo de me queimar no fogão... Não consigo passar roupa... Eu não enxergo o nome dos remédios direito, por isso, meu filho ajuda-me com os remédios e cuida do meu dinheiro.

Eu nunca fui crente, só da igreja católica... Casei no padre, apenas, e tive dez filhos, morreu só o mais velho. O meu filho caçula vai completar 60 anos. Eu fiquei sem marido, acho que fazem 30 anos que ele morreu... A gente se separou e ele me deixou com esses nove filhos, tudo nas minhas costas, na fazenda. Tínhamos uma fazenda toda para cuidar... Bati para um lado e outro, até que parei aqui (São Paulo)...

Mudei para São Paulo em 73, com os meus filhos, mas ficaram dois na fazenda, porque eu não tinha dinheiro para trazer todos comigo. Os que ficaram trabalharam e depois vieram, agora estamos todos juntos aqui (São Paulo)...

O marido apareceu para vender a fazenda... O meu filho estava lá, ele tinha uma mulher e trabalhava na roça. Era muito terreno, mais de 300 hectares, tudo cercado. Deixamos tudo lá e esse meu filho tomou conta. Depois, meu marido apareceu e vendeu. A minha família não tinha nada, só ele que tinha. Ele (marido) disse que eu não tinha direito, somente os meus filhos...

Eu e os meus filhos moramos em um cômodo, eu passava e lavava roupa no tanque para ganhar dinheiro, para ajudar no aluguel e tudo mais. E um vai para um canto, até que Deus ajudou... Deus ajudou e achamos essa casa. Aqui era um chiqueiro de porco, a lama entrava... Foi só o que achei, porque tudo era caro. Não tinha essa casa de baixo, só metade da parede estava levantada... O meu filho mais novo deixou-me aqui e foi buscar a mulher... Ficamos devendo e pagando...

Eu acho que não tenho medo de nada... Eu tinha medo de morrer, agora não tenho mais. Eu não tenho medo de nada... Porque eu já peguei boi pela ponta e pelo rabo, peguei na enxada, na foice... Por isso, não tenho medo de nada. Toda vida enfrentei tudo! Mas, quando deito e fecho as portas, tenho medo de quebrarem o vidro e abrirem a minha porta. Eu só tenho medo de ladrão...

Os meus ouvidos não dão mais e a vista está curta. Esse braço, eu arrebentei quando caí... Eu não sei como me sinto sobre a minha saúde... Porque eu não tenho... Eu tenho vontade de fazer tudo, menos de comer, pois não tenho apetite... A minha saúde está curta. Quando me deito para dormir, parece que eu sinto frio, o corpo é frio. Coloco as cobertas em cima de mim e o corpo, frio. Parece que eu morri e não... Quando bato as minhas canelas, dói e eu não durmo. Sono eu não tenho... Eu tomo tanto remédio que não tenho sono.

Quando vou para a cama, fico acordada, pensando em muitas coisas. Mas, o que posso fazer com tanto remédio que eu tomo e não durmo. Somente durmo quando a noite vira, de meia-noite em diante, durmo um soninho, mas parece que não estou dormindo. Quando abro os olhos, parece que não dormi... Fico atropelada, não sei como fico não. O corpo dói e me embrulho, fica calor, tiro a coberta...

Eu me lembro de tudo desde quando nasci... Lembro-me do que brincava, do que fazia quando era moça e menina. Depois casei, criei a minha família, os meus filhos. Toda a vida eu cuidei dos meus filhos. Hoje, eles não cuidam muito de mim.

As minhas filhas... Eu não me esqueço delas. Elas não vêm aqui (casa), tem uma filha que mora aqui atrás (rua de trás) e tem um ano e dois meses que ela veio aqui (casa). Ela tomou as dores das outras que não ligam para mim... Uma neta, que me olhava aqui, tomava o meu dinheiro, não me dava nada, dava-me o resto, era comida requentada. Era assim... Até que a coloquei para fora e ficaram todas inimigas de mim...

Roubaram meu cartão... Eu, sem poder andar, foram e pegaram meu cartão... Precisei tirar outra foto, pegar uns papéis velhos e tirar outro documento para receber meu dinheiro... Esse meu filho, agora que cuida de mim, do meu dinheiro e compra comida... Ele pergunta se quero roupa, mas eu não quero, porque tenho muitas, tanta coberta que ganhei... Duas filhas me dão presentes, coberta e roupas. Já as outras, não querem saber... Mas, eu não tenho raiva de nenhuma

delas. Não tenho raiva dos meus filhos... Toda vida eu cuidei...

Eu só tenho apoio de Deus e do meu filho... Eu penso que Ele não vai me deixar morrer à toa e nem judiarem de mim... Eu peço a Deus que dê saúde a eles (filhos) e a mim... Mas, essas minhas filhas têm ódio dele (filho). Peço pelo amor de Deus para deixarem o meu filho em paz! Uma filha que chegou, a que tomou o meu cartão, o chamou de ladrão. Eu fui pedir o meu cartão e ela não quis devolver, dizendo que eu só o queria para dar para esse meu filho... Ela dava o dinheiro para uma neta que morava aí por vinte e seis anos sem pagar água, luz, nem um tostão na casa... Eu não quero intriga entre os meus filhos... Ela fala que ele (filho) roubou o pai dela, mas foi o pai dela que nos roubou... Todo mundo ficou de mal conosco... Ela me chamou de “velha coroca” e disse que já estou perto de morrer, mas não estou ruim, e o dinheiro é meu.

Eu fiz uma caixinha e coloquei uma chave, porque uma sujeita que mora aí queria o dinheiro só para ela. Teve um dia que passei mal e fui para o hospital e elas entraram aqui e pegaram o meu cartão. Quando cheguei e fui procurá-lo, não encontrei, quase endoido... Negaram que tinham pegado o cartão... Precisei tirar outro.

Os idosos daqui (bairro) são todos jogados. Precisam de apoio, de ajuda dos homens (governo). Tudo a gente precisa pagar é uma consulta, um comprimido. Os comprimidos que dão não prestam, são todos jogados por lá... Precisam comprar um melhorzinho... Eles não se importam com as pessoas, com os doentes. Quando está doente, fala para cortar a perna. Quando a gente cai e o braço quebra, a gente não presta mais... Eu tenho um neto que cortaram a perna dele, coitadinho... Eu fiquei sabendo que morreu foi gente nesses hospitais... Falta comida, falta remédio, falta isso, falta aquilo outro... Quando da fé, está tudo morrendo... Precisa dar um conforto quando está no hospital e dar o que precisam... Não estão fazendo nada disso... Remédio e médico certo.

Quando precisa de alguma coisa, tem que pagar um médico. Eu precisava ver as vistas, não tinha médico. E tem que ter a obrigação deles de cuidar dos velhos... Quando uma pessoa quebra o braço e não pode trabalhar, vai aposentar e não pode... A minha filha está esperando por uma indenização, por causa de uma máquina que a cortou trabalhando. Prometeram indenizá-la e nada... Para aposentar, precisa ter 70, 80 anos... Já estão mortos!

Eu não sei sobre o Estratégia Saúde da Família. Eu mesma não sei.

Porque elas vêm aqui e não fazem nada. Faz de conta que não... Uma vez na vida, uma vez por mês, uma vez por ano. Não vêm todo dia para ver as pessoas que estão sofrendo. Arrebentou a perna aqui... Eu passei mais de três meses com essa perna que eu não podia levantar... Ainda hoje está doendo. Vieram aqui duas vezes. A mulher colocou remédio e disse que iria cortar a minha perna. Eu disse, pelo amor de Deus, deixe a minha perna. Só porque arrancou um pedaço vai tirar o pé? Não, tem que ajudar!

Troca de governo que não presta. No posto não acha nada... Não tem, não tem! Dá aquele remedinho tolo, que não vale nada. Não tem dinheiro, o governo não manda dinheiro para o SUS, para o hospital, não tem dinheiro para lugar nenhum. Onde está esse dinheiro? Eles têm, encham os bolsos e os outros que se danem...

Eu só queria que os médicos atendessem a gente... Mas eles não fazem nada. Essas enfermeiras que vêm aqui... A médica passou remédio de pressão. Eu tomo remédio de pressão. É o mesmo que nada! Não durmo. Remédio de pressão faz dormir. Porque eu já tomei um quando tinha a assistente social do posto que me ajudou a me aposentar... Eu tomava um e não dormia, tomei dois e dormia que nem podia levantar. Isso é que era remédio... Agora, eu tomo de manhã dois, de noite, e nem abala. Nem ajuda a cochilar, ao menos. Eu queria que os médicos endireitassem esse negócio. Porque esses remédios que dão no posto não servem para nada. São fracos... Eu tenho uma sacola de remédio que tomo. Eu queria que esses remédios melhorassem...

A minha perna queimava de um jeito, era um fogo. À noite, eu molhava para poder dormir, era o mesmo que fogo. Eu me queixei com a médica e ela disse que era colesterol e me deu remédio, que é o mesmo que nada. Os remédios bons eles não dão porque são caros. Quando tem um remédio caro, eles falam que não tem e que precisa comprar. Por que não vem para o posto? Eu queria que as coisas melhorassem. A pobreza... A gente compra remédio, comida... Quando é no fim, não tem nada.

É muito ruim envelhecer. Perde a cabeça, as vistas, as pernas, a força... Acaba tudo! E, ainda, não acha quem ajuda. Uma filha me disse que eu estava boa de morrer... No futuro, eu espero que Deus me dê uma boa hora. Todo dia eu peço a Deus.

Futuro, eu penso para os meus filhos. Que Deus dê conforto a eles

quando eu sair dessa terra. É por isso que estou sofrendo ainda mais aqui. Eu quero deixar um pedacinho de chão para esse meu filho, mas os que têm querem tomar... Querem dinheiro nessa casa, todo mundo brigando, de mal comigo. Para que isso? Não entram aqui para me ver... Porque eu sou velha, todo mundo quer montar em cima de mim, dizendo que eu não tenho juízo!

Todo mundo tem, mas deseja do meu. Eu sofro por causa disso. Mas o que posso fazer? Espero pelos outros. Não posso andar... Se eu pudesse ficar nova, eu faria; ou então morrer, mas não posso. Espero a vontade de Deus, porque só Ele que tira desse mundo...

Eu peço a Deus que dê conforto aos meus filhos e que não façam mal aos outros, eu dou conselho a eles. Não faça mal e não deseje a morte aos outros, porque a pessoa fica velha e nós sabemos quanto custa uma vida. Quer fazer as coisas, não pode; quer ajudar, não pode; quer falar, não pode. Ser velho é muito ruim... A pessoa velha...

É muito bom viver, mas eu peço a Deus para não deixar os meus filhos ficarem velhinhos, sofrendo nas mãos dos filhos... Como eu estou sofrendo. Eu estou sofrendo. Eu sofro. Mas meu Deus, eu amo todos os meus filhos! Meus filhos são a minha vida! Eu peço a Deus que me tire primeiro, para não eu ficar chorando e penando por um filho. Dói.

Cedro, 71 anos, nasceu na cidade de Fátima, Bahia. Estudou o primeiro ano do primário. Casado, teve três filhos, mudou-se com a sua família para São Paulo em busca de melhores condições de vida, pois passavam muitas dificuldades no nordeste. Trabalhou em uma fábrica de vidro como forneiro, onde iniciou seu engajamento político participando do sindicato. Aposentado, faz parte da diretoria da Associação dos Aposentados do Estado de São Paulo, sendo militante dos direitos dos aposentados.

Envelhecer para mim... Tem gente que leva a sério. Eu não levo a sério, porque a gente sabe que todo mundo tem um começo, meio e fim

Entrevista nº 9

Data: 16/07/2015

Eu só estudei a primeira série, porque no meu tempo, onde eu morava, no norte, era muito difícil escola. A gente morava no “sertãozão” do nordeste, não tinha escola por perto. A única coisa que nós aprendíamos era trabalhar na lavoura. Sou católico não praticante.

A minha família e eu nos mudamos para São Paulo no dia 1º de janeiro de 1969. Acho que faz 46 anos que cheguei a São Paulo. Aqui no bairro eu cheguei em 74, mas não morava em casa própria, pegava aluguel. Aqui (casa) eu comprei no ano 80 e, em 84, já estava morando nessa casa.

A maioria das pessoas que vieram do nordeste para São Paulo estava em uma situação difícil, mas hoje em dia não está mais assim... Quando a gente chega aqui, se habitua no lugar faz a vida e a família cresce... Tudo o que a gente precisava e conseguiu foi aqui (São Paulo), então a gente fica.

Há 46 anos a nossa vida era muito complicada... Numa situação financeira difícil, não tinha emprego, não tinha trabalho, principalmente a gente que se criou na lavoura... Tinha dias sem ter o que comer, precisava sair lutando, caçando um negocinho aqui... Não interessava de que jeito, mas tinha que achar algo para comer... Era muito difícil. A seca do norte e a situação de vida difícil era o que fazia o nordestino se deslocar para São Paulo, em busca de um emprego e de uma sobrevivência melhor...

Eu vim casado para São Paulo e os meus três filhos nasceram no Nordeste. A minha filha veio com seis meses e, somente com 42 anos, voltou para conhecer a terra natal... Eu cheguei aqui e não tinha um estudo... Eu leio de tudo, mas é devagar e com calma... Eu escrevo do meu modo, porque hoje até as letras mudaram...

A minha renda é suficiente, é um pouquinho melhor que de muitos, que gostariam de estar no meu lugar, mas não conseguiram. Para a minha sobrevivência, a gente tem que se contentar com aquilo que conseguiu. Mas se

Narrativas, vivências e sentimentos

fosse um pouquinho a mais, seria melhor... Não chega a passar necessidade não, porque também temos as nossas economias e sabemos economizar um pouco. Porque se não souber, capaz que passe necessidade, mas como a gente sempre tem um controle da despesa, então passa tranquilo.

Eu tenho o meu carro, mas também utilizo transporte público... Eu uso quase todos, metrô, trem, ônibus... Porque eu tenho a carteirinha do idoso que serve para todos os transportes...

Do que mais tenho medo é de ser atacado na rua por bandido, porque hoje é o que mais está acontecendo... Sofrer um acidente de carro, essas coisas que mais me intimidam e me preocupam. Porque, hoje em dia, a gente está na rua e não sabe de que jeito que vai ser atacado. Corremos algum risco de algo, na rua a gente não se sente muito seguro...

A minha idade não atrapalhou em nada, eu utilizo telefone, consigo andar muito bem, faço compra... Tudo normal, graças a Deus! Eu não tive problema ainda... Todo remédio que tomo se dá bem comigo... Graças a Deus! Não preciso de ajuda, eu mesmo faço e decido sobre as minhas finanças.

Graças a Deus, eu considero a minha saúde boa, todo ano faço um check-up. Eu não tenho diabetes, colesterol, pressão alta, anemia... Eu como todos os tipos de comida e não faz mal... Nortista come até pedra no lugar da mistura (risos). Eu como de tudo! A minha comida é pesada, comida nordestina que eu nunca deixei de comer...

Eu fiz uma bateria de exames nesse ano, inclusive, o médico da nossa área passou-me tanto exame que, quando saiu o resultado, ele não precisou passar nenhum remédio. Ele deu nota dez para a minha saúde. Por isso, considero ter uma saúde boa.

Eu não tenho convênio, é só o SUS (Sistema Único de Saúde). Nesse ano que passou, eu fiz cinco cirurgias. Operei as duas vistas da catarata, depois me encaminharam para fazer o laser na vista duas vezes, para voltar a enxergar melhor. Eu fiz plástica em cima do olho porque a pele estava muito grande... E ficou bem, graças a Deus, não senti nada, fui muito bem com a minha cirurgia, não tive recaída. As cirurgias cicatrizaram bem rápido, foi tudo perfeito, graças a Deus!

Eu agradeço a Deus primeiramente, e ao doutor daqui do posto, porque todo encaminhamento, de tudo o que foi preciso fazer a respeito da minha saúde, foi feito pelo doutor. Através disso, graças a Deus, quando fui saindo do hospital, já foi

me encaminhando para outro problema, para outro lugar... Foi tudo imediato e rápido. Mas começou tudo pelo doutor do posto... O encaminhamento era imediato, no máximo 30 dias... Só demorou mais quando ele me deu o encaminhamento para fazer a primeira cirurgia... Só demorou porque tinha que operar um olho primeiro, depois de três meses esperar para fazer o outro, porque não pode fazer de uma só vez... Isso iniciou no começo do ano passado, nós já estamos no meio do ano e já fizemos tudo isso... Do jeito que é lento hoje em dia na saúde, eu considero ter sido muito rápido...

Eu me sinto bem, não levanto sentindo nada que possa me atrapalhar. As minhas atividades são sempre por igual, a mesma coisa todos os dias, do começo ao final da semana... Então, eu me sinto bem com a minha saúde, se Deus me ajudar... Com a idade que estou, eu espero continuar do jeito que estou agora, nesse momento aqui, falando com você. Mas, sei que não vai acontecer, eu estou com 71 anos e é capaz que eu vá mais 71 (risos).

Eu só tenho apoio de Deus e da minha parte... Do meu benefício, que me mantém. Agora, apoio pessoal eu tenho da minha família daqui de dentro de casa, minha esposa, filha, netas e genro... Eu não conto com o apoio de outros parentes, para ser sincero... Negócio de irmão, irmã... Não posso contar muito com eles, porque, às vezes, nas horas em que tenho precisado, eu vou me virando sozinho, até conseguir o meu objetivo; ou, então, do apoio daqui da minha família, que mora no quintal comigo.

A única coisa que eu tenho é que faço parte de uma entidade sindical. Já fui diretor do sindicato da minha categoria profissional. Eu trabalhava em fábrica de vidro, a minha profissão se chamava forneiro. Trabalhei por nove anos, entrei como sócio e depois passei a ser diretor da entidade, depois me aposentei. Agora transferi a minha diretoria da entidade, que estava ativa, para a Associação dos Aposentados do Estado de São Paulo...

Quando estava no sindicato, na diretoria, eu ia para as fábricas representar os trabalhadores na empresa, quando era o ano base de aumento de salário, ia negociar com os patrões por melhores condições dentro da empresa, de salário, saúde... Eu participei de tudo isso. Agora, na Associação de Aposentados, o trabalho é praticamente o mesmo, eu já fui em 33 viagens a Brasília, a respeito de melhor aumento para o aposentado... A aposentadoria não é essas coisas... A gente faz aquela caravana com vários aposentados, representando aquela associação

para ir discutir lá em Brasília... Embora eu tenha dificuldade de leitura, tenho a minha disposição de conversar, de saber, de discutir sobre aquele objetivo que está precisando no momento...

O idoso daqui do bairro, quando aposenta, reclama muito a respeito da parte financeira, porque o salário não dá para nada. Eu tenho facilidade de reunir as pessoas para ir atrás dos objetivos de cada um, para ver se melhora a situação de cada um, e eles (aposentados) não contribuem... Essas viagens que eu já fiz a Brasília eram em benefício do aposentado, teve caravana aqui em São Paulo com as entidades do sindicato para fretar ônibus para levar aposentados de qualquer setor de trabalho, de qualquer categoria... Nesse bairro, tem muitos aposentados para reclamar do presidente da república, do governo do estado, ou até do prefeito de cada cidade. Eu saio aqui reunindo todo mundo quando tem caravana... Só que nessa hora ninguém quer ir... Eu acho que os idosos precisam se concentrar uns com os outros e trabalhar todo mundo no mesmo objetivo... A união é que faz a força...

O aposentado é meio sossegado... Eu sei de uma coisa: nada dessa terra eu levo, só Deus vai me dar o que eu merecer lá em cima. Mas eu saio com a minha consciência limpa. Nunca roubei, nunca matei, nunca desejei mal ao outro. Se eu não puder fazer o bem, não quero fazer o mal.

Primeiramente, os idosos daqui do bairro precisam correr atrás dos objetivos deles, porque quem sabe da saúde da gente é a gente. E a outra coisa é, também, graças a Deus, ela (agente comunitária), que sempre vê todo dia, na casa de um, na casa de outro, procurando saber... A agente de saúde, quando tem alguém precisando de algum tipo de apoio, para levar onde tem que ir... Para o médico... Ela (agente comunitária) vem aqui (casa) saber como é que está todo mundo. Agora, se eu que estou sentido alguma coisa e não falo para ela (agente comunitário) que estou sentido e precisando... Como é que ela vai saber que estou precisando de alguma coisa?

O atendimento de saúde precisa de equipamento, de médico e as pessoas que atendem para encaminhar ao médico... Ela (agente comunitária) faz um excelente trabalho! O médico que nós temos agora do posto de saúde é bom ... O médico que tinha antes deixava a desejar... Porque, muitas vezes, eu marcava uma consulta, pedia para fazer um exame e ele dizia que não precisava. Essas cirurgias que eu fiz agora, já pedi um encaminhamento, mas nunca me deu nenhum. Já o

Narrativas, vivências e sentimentos

médico que está agora... Fiz tudo isso com encaminhamento que ele me deu. Outra coisa, quando a gente chega na sala dele, ficamos o tempo que for preciso e somos escutados...

O outro médico não era assim... Teve uma vez que nós tínhamos exames para ver o resultado, chegamos ao posto no horário, ficamos esperando, quando penso que seria atendido, bateu a porta e saiu. Quando questionei sobre o atendimento, disse que não atenderia mais ninguém e foi fumar atrás do posto e precisamos voltar para casa... Eu até chamei muita gente para fazer um abaixo assinado.

Agora, ali no balcão eles dão uma canseira muito grande na gente... É muito lento! A gente vê que o salão está cheio, cada um com as suas fichas e, às vezes, os atendentes param para ficarem conversando... Para fazer um atendimento ou um encaminhamento não é tão demorado, mas, muitas vezes, demoramos duas ou três horas... E se a gente vai reclamar, como agora tem uma lei que não pode desacatar o funcionário público... Quando vamos cobrar os direitos da gente, quando vemos que estão abusando da boa vontade e dos direitos que eles têm... Isso aí se chama abuso de poder! E quem leva o trabalho para eles? Somos nós! Os salários deles vão através da gente! A gente não paga para eles, mas como é que o governo e o prefeito pagam para eles estarem ali... Porque eles têm que atender a gente. E se não tivesse nós para atenderem? O prefeito ou o governo pagariam um salário para eles estarem ali sem fazer nada? Mas quando reclamamos de alguma coisa... Acham ruim e chamam a segurança... Então, essas coisas eu percebo ali...

Eu não me envolvo porque “uma andorinha só não faz verão”. Se todo mundo tivesse a mesma opinião e se reunisse, você sabe que a força se faz com a união. Mas, se eu for comprar uma briga, todo mundo acha bom, mas eu brigar sozinho, a carapuça só vai cair em cima de mim, os outros ficam caladinhos, mas se vai ser beneficiado, todo mundo aceita o benefício através daquilo que estou enfrentando sozinho...

Para ter melhor qualidade de vida aqui no bairro... Eu acho que precisando segurança. Tem o posto policial aqui na frente... Das nove horas da noite, essa praça enche de gente usando droga e a polícia está para lá e para cá e não faz nada. Eu não sei se a polícia só pode fazer se tiver autorização ou se é porque eles não se interessam... Antes de ontem, roubaram a lojinha de confecção aqui na frente... O bairro precisa de segurança para a gente ter melhores condições de vida.

A segurança, a saúde e as condições de vida são importantes... Melhorou um pouquinho depois que surgiu a AMA (Assistência Médica Ambulatorial), porque o atendimento não é lento, dependendo do caso é atendido na hora. Se o caso for mais complicado, a AMA já tem mais condições que o posto de saúde e pode fazer o encaminhamento, e rapidinho terá uma ambulância para levar a pessoa para ser atendida no local onde tenha o atendimento mais adequado... As outras coisas que eu procuro, de tudo o nosso bairro tem, seja uma farmácia, uma feira livre, um comércio, uma loja, essas coisas...

O que representa a Estratégia Saúde da Família? Para mim é uma coisa muito importante. Representa uma coisa muito importante, porque é assim, quando a gente tem uma pessoa que vem na nossa casa para saber como está a saúde, já leva os problemas para lá (posto de saúde) e tem um encaminhamento. O agente comunitário é um representante da gente e facilita mais do que irmos pessoalmente... É uma representante importante, porque ela (agente comunitária) tem essa atenção com a gente de querer saber como está a nossa situação a respeito de saúde, do que precisamos... E lá dentro (posto de saúde), ela tem uma autoridade de poder entrar em uma sala, entrar na outra, procurar uma coisa e dizer o que precisamos com urgência, ir à sala do médico... Não é que vai tomar a frente de outro, mas devido à situação de cada um, pode adiantar alguma coisa...

Para os idosos... Primeiro eu pediria o aumento de salário (risos)... O dinheiro hoje em dia traz muita coisa boa para quem sabe usar... Muitas coisas que acontecem hoje são por causa do dinheiro... Roubo, como está nosso Congresso Nacional, muito deputado sendo preso, prefeito... Agora, no meu caso e de outras pessoas igualmente a mim, eu pediria melhores condições de salário, porque o custo de vida aumenta muito e o nosso salário não acompanha o aumento...

A dificuldade é que, quando precisamos de algo e naquele momento, embora tenha um salarinho melhor, não é possível concretizar o seu objetivo naquela hora, porque não é possível reservar nada para o momento de uma emergência... Se surgir uma emergência no meio daquela quinzena e eu não tiver um dinheirinho reservado, será preciso pegar emprestado, mas quando receber o pagamento, já terá uma dívida e o orçamento ficará faltando...

Envelhecer para mim... Tem gente que leva a sério. Eu não levo a sério, porque a gente sabe que todo mundo tem um começo, meio e fim. E a gente tem que se conformar com tudo o que Deus fez, não pode desmanchar nada do que Ele

fez. Começamos criança, nascemos sem saber como é o mundo e, em certa idade, vamos morrer sem saber como está o mundo... Então, a gente tem começo, meio e fim.

A idade da gente quem faz é a gente mesmo. Eu não estou com 71 anos? Mas eu não me sinto um velho, idoso... Eu não me sinto desse jeito, sei que tenho a minha idade, mas eu não vou por isso na minha cabeça, porque, senão, envelhecerei mais rápido ainda. E eu não ponho isso na minha cabeça, vou esperando, o tempo vai indo, eu vou acompanhando, tempo ao tempo...

Quando uma criança nasce, não sabe falar, não sabe dizer o que está sentindo; quando está com fome, chora... Você que tem que adivinhar o que seu filho está sentindo... Tem que adivinhar qual é o sofrimento da criança... O tempo vai passando, a memória vai surgindo, vai aprendendo... Quando chega a certas alturas, que nem eu, já estou com 71 anos... Daqui mais quatro ou cinco anos, será que estarei conversando igual agora? Será que terei condições de falar a mesma coisa? Só quem sabe é o tempo...

Quando chegar uma idade que estarei igual a uma criança, sem saber o que estou fazendo e precisando... Eu vou tomar um banho, mas não saberei se eu estou tomando um banho... Se eu der uma pancada ou tiver uma queda, poderei quebrar um braço ou uma perna, mas nem conseguirei gemer, porque não sentirei a dor... A criança, quando está pequenininha, ainda é melhor, porque se ela cai e se machuca, acha ruim e chora. Já o idoso, chega uma hora, que nem chorar chora.

Na televisão passou umas babás de idoso, que maltratavam, machucavam, e os idosos nem gemiam. Se der comida, come; se ele faz uma sujeira na fralda, têm alguns que usam fralda, aí você pode deixar a semana toda que ele não vai te reclamar... Não vai pedir nada, só que o filho ou filha não terá paciência e fará sabe o quê? Quando é a criança, acha bonito, engraçado, mas com o velho é diferente, chama de velho, de nojento, traste!

Tem muitos filhos que são desse jeito, você não vai julgar um por todos, põe num asilo de idoso, às vezes, pela prefeitura, pelo governo do Estado, para ficar com a aposentadoria daquele pai ou daquela mãe, ficar se beneficiando e o abandona para lá... Nunca mais vai lá para saber se viveu ou morreu, como é que está sendo cuidado, sendo que às vezes o idoso tem uma aposentadoria que dá para sobreviver e pagar para uma pessoa para cuidar... Muitos estão ganhando para cuidar dos idosos e estão maltratando. É diferente quando chega à idade do idoso, o

meu medo é só esse, mas acredito que Deus vai me ajudar e que isso não vai acontecer. Até agora estou fazendo tudo com o meu esforço, mas acredito que eles (familiares) não irão fazer isso comigo, mas a gente vive a custa dos outros...

Envelhecer aqui no bairro, eu acho que aqui é como em qualquer lugar, porque, hoje em dia, tudo depende da gente... Se chegar o momento de eu envelhecer aqui e precisar de alguma pessoa de fora... Será meio complicado... Se você tiver quem faça para você, você é beneficiado, mas se não tiver...

Paineira Rosa, 63 anos, evangélica, nasceu na cidade de Barra do Piraí, Rio de Janeiro. Divorciada, teve cinco filhos. Mora de aluguel com seis familiares. Aposentada, trabalhou como cuidadora. Há cerca de cinco anos sofreu um acidente vascular cerebral e teve sequelas do lado direito do seu corpo. Mas, após ter uma queda e quebrar o tornozelo esquerdo, precisou realizar uma cirurgia e teve muitas complicações, que resultaram em um período superior a um ano de internação. Durante essa difícil jornada, sempre teve o apoio de suas filhas, às quais é muito grata.

Eu queria ser uma velhinha saudável. É muito? Eu queria andar, queria sair... Eu pensava que seria uma velhinha saudável, mas não ocorreu nada disso não

Entrevista nº 10

Data: 22/07/2015

Eu fiquei muito triste com a minha saúde. Eu fazia de tudo, trabalhava em tudo, de repente tive um AVC (acidente vascular cerebral). Mesmo assim, eu ainda andava, fazia as coisas. Mas eu caí, dobrei o pé para trás e quebrou. Depois disso, começou todo esse problema. Eu fiquei quatro meses paralisada em uma cama. Precisei fazer “traque” (traqueostomia). Até agora... Depois que eu quebrei o pé, as coisas vêm complicando mais. Depois que quebrei o pé, tive um problema no pulmão e precisei usar... eu não sei muito bem... porque eu não respirava. Fiquei um ano sem comer nada, só soro, soro, soro e aquelas papinhas pelo nariz, pela sonda. Eu sei que foi muito triste.

Antes de eu quebrar o pé, quando tive derrame, fiquei internada no hospital por 19 dias. Depois que eu quebrei o pé, fiquei internada um ano. Precisei ser transferida para um hospital, onde conseguiram colocar a traque (traqueostomia). Eu não falava e, depois disso, comecei a falar desse jeito. Mas agora quem me viu e quem me vê, não dá para acreditar, só Deus.

Hoje eu dou nota dez para a minha saúde. Eu não fazia nada. Eu não andava, eu não fazia nada. E hoje, vou andando ao banheiro devagarzinho, consigo ir à sala, tomo banho sozinha. Eu vou fazendo as coisas que Deus quer.

Eu tenho medo de médico agora. Eu tenho um medo de médico, eu tomei um pavor de médico, tomei tanta injeção, tanta injeção, até no osso da perna, porque não achava mais a veia em mim. Que nem agora... Estou fazendo hemodiálise e tenho medo!

Eu tenho medo da hemodiálise! Porque a minha sogra morreu disso, mas nem todas as pessoas são iguais. A minha sogra bebia... No dia em que o médico disse que teria que fazer hemodiálise... Primeiro ele disse que seria mais para frente, mas já estava marcada e nem sabia. No dia em que fui fazer o negócio no braço (fístula), porque iam fazer no braço e não aqui (pescoço). Chegando lá, já era para fazer aqui (pescoço). Ai meu Deus! Eu fiquei tão triste! Eu fiquei tão triste, poxa vida! Eles falaram uma coisa, depois fizeram outras... Disseram que fariam a fístula no

braço, mas fizeram aqui (pescoço). Porque precisava de qualquer jeito. Eu fiz. Amanhã eu vou para hemodiálise, mas quando vai chegando a hora, eu fico nervosa... Fico nervosa! As minhas filhas falam que preciso ter calma, mas não é fácil! Não é fácil não!

As minhas filhas que me ajudam! Tenho duas filhas. Elas são tudo! Elas levam-me para lá, para cá (Demonstra emoção, tristeza) (pausa).

A minha filha largou o casamento de lado, o tempo que fiquei no hospital, ela ficava. Um ano e pouco ela ficou no hospital [Demonstra emoção, tristeza]. Todos os dias. Quando não era uma, era a outra, que na época tinha um nenenzinho. Ela largava o neném com o marido... Eu nem tenho o que falar, só agradecer a Deus e pedir para dar muita saúde a elas. Até meu filho ia ao hospital para me dar banho... Mas depois, a mulher dele começou a reclamar, ele deixou mais de lado, mas as minhas filhas não. Elas estavam sempre junto, sempre junto! Quando não era uma, era a outra.

Há muitos anos eu moro nesse bairro, a minha filha era pequeninha, hoje ela está com 30, na época eu tinha 34 anos. Quando nos mudamos para cá, eu estava grávida dela, nesse mesmo lugar...

Precisa de médicos! Porque é tão difícil conseguir um médico, muito difícil! Porque nunca tem! Quando tem um, as pessoas fazem o que fazem, brigam e eles vão embora. Como a doutora do posto, com quem me tratei por algum tempo, eu gostei muito do tratamento, mas não durou muito... Depois, nós ficamos sem médico! Só nesses dias que veio um aqui, ele não falava direito... Ele não falava português. Mas está bom!

As pessoas precisam ser tratadas com mais amor. Se a gente não tiver amor, não adianta! Tratar de qualquer jeito, não é verdade? Eu penso assim... Tanta pessoa que não tem ninguém para limpar, para cuidar, fica jogada. Isso é duro! É muito triste!

Eu acho boa a Estratégia Saúde da Família. Está melhorando... Eu gosto dos agentes! Está melhorando porque agora entrou um agente que vem, conversa... O que tiver que trazer, ele traz com mais amor. Ele fala de tudo. Eu estou contente com ele! A enfermeira veio aqui...

Precisa de tanta coisa... Principalmente nessas ruas. Quem anda de cadeira de rodas, falta quebrar os ossos. As ruas todas quebradas, cheias de buraco. Muito ruim. Fomos à hemodiálise de ônibus, para nunca mais! Deus me

livre! Cadeira de rodas no ônibus, nunca mais! É muito complicado! E trem também é horrível... E precisa de mais médico... Tem tanta gente que não consegue nem marcar uma consulta... Quando chega a consulta, até morreu. Muito difícil!

Eu já vi tanta coisa... Mesmo a doença em hospital, que não está bem. Quando vai ver, pensa que está vivo, mas está morto, isso daí eu não esqueço não, é muito difícil! Tem muitas doenças, mas é mais o derrame. E tem mais, que nem eu mesma... Eu tive derrame, mas não consegui fazer uma fisioterapia. Eu fazia quando pagava, mas fora disso, nunca consegui. Tem gente que arruma tão fácil, agora, para nós, tudo é difícil! Não sei... Tem que ter boa vontade de arrumar, por mais que corra atrás, é muito difícil. Estamos correndo atrás do “Atende” (modalidade de transporte gratuito, porta a porta, para pessoas com deficiência física com alto grau de severidade e dependência), e tem dado uma canseira danada para conseguir. Precisamos, porque a gente paga táxi todas as vezes que vamos à hemodiálise.

Eu queria ser uma velhinha saudável. É muito? Eu queria andar, queria sair... Eu pensava que seria uma velinha saudável, mas não ocorreu nada disso não [Demonstra emoção, tristeza].

Categorias culturais

As categorias culturais são os resultados dos conceitos apresentados pelos idosos, que trouxeram em suas narrativas singularidades biográficas e pontos em comum vivenciados.

A categorização é a classificação de elementos que foram apresentados nos discursos, que compõem um conjunto homogêneo, exclusivo, concreto, exaustivo e adequado. Ela representa todo o conteúdo do material analisado de maneira adaptada ao objetivo do estudo proposto (Bardin, 2008; Gomes, 2012).

No processo de categorização, tivemos o contato profundo com o conteúdo das narrativas, por meio da leitura horizontal, transversal e exaustiva, tratando os dados em todos os seus aspectos, agrupando-os e classificando-os, de forma que possibilitou a interpretação e a articulação com o objetivo do estudo e os referenciais teóricos (Bardin, 2008, Minayo, 2010; Gomes, 2012).

Esse processo permitiu-nos compreender a percepção do conjunto das narrativas, a apreensão de singularidades e a elaboração de pressupostos que contribuíram com a síntese da interpretação.

Portanto, para compreendermos as necessidades de saúde apresentadas nas narrativas, precisamos obter uma visão do conjunto e apreender as particularidades, para assim, caminharmos além das falas e dos fatos, acessando o que foi velado (Gomes, 2012).

Dessa forma, nesse estudo foram elencadas cinco categorias culturais, apresentadas a seguir:

- 1) A percepção do envelhecimento e da velhice;
- 2) A violência ao idoso;
- 3) O ostracismo social;
 - 3.1. O sentimento de solidão e o afastamento social;
 - 3.2. O suporte social e a sua interface com a autonomia do idoso;
 - 3.3. A integração dos serviços como componente potencializador da interação social dos idosos;
- 4) O acesso aos serviços de saúde e sociais: fatores dificultadores;
- 5) A avaliação do serviço Estratégia Saúde da Família.

5.1 A PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO E DA VELHICE

O envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo, irreversível, heterogêneo, acompanhado por alterações biológicas, psicológicas e sociais (Stein, Kalache, 1999; Neri, 2005; Papaléu-Netto, 2006; Neri, 2014).

Ao refletirmos sobre o significado do envelhecimento para os idosos, destacamos a individualidade dessa trajetória que é multifacetada, pois seus efeitos dependem de eventos vivenciados no âmbito genético-biológicos, sócio-históricos e psicológicos (Neri, 2005; Neri, 2014).

O envelhecimento normal ou senescência é caracterizado como um fenômeno que atinge a todos os seres humanos por fatores genéticos, progressivos, graduais e acumulativos que resultam na diminuição da capacidade adaptativa do organismo. Por outro lado, o envelhecimento patológico ou senilidade, contempla as alterações decorrentes de doenças (Neri, 2005; 2014).

Nesse âmbito, é importante compreendermos o conceito de velhice, que é a última fase do ciclo de vida e compõe uma categoria etária, construída por meio de um processo social, histórico e cultural, que engloba uma pluralidade de experiências vivenciadas pelos idosos individual e socialmente (Neri, 2005).

Além dessa compreensão é, também, fundamental o conhecimento da percepção dos idosos acerca do envelhecimento e da velhice, o qual favorecerá o atendimento global das necessidades dessa população (Fratezi et al., 2011). Nesse contexto, construímos esta categoria. Por meio das narrativas descritas no Capítulo 4, constatamos que os aspectos negativos relacionados às perdas nessa trajetória foram majoritários.

Muitas vezes, a velhice é percebida como negativa, pois é associada à doença, ao declínio, ao isolamento, ao abandono e aos maus-tratos, e avaliada como uma ameaça à dinâmica social, por ser considerada um fardo (Neri, 2006).

Neste estudo, esses fatores contemplaram as patologias, a diminuição da capacidade funcional e as limitações cognitivas e físicas. Esse olhar foi conexo à dependência e ao uso de dispositivos de auxílio à marcha.

Nas narrativas, a negação da velhice esteve atrelada ao estereótipo de que, em algum momento da vida, o idoso volta a ser criança, por depender do cuidado de outras pessoas para o desempenho das AVDs.

Nesse sentido, a infantilização é uma tendência nas relações de cuidado,

que tratam os idosos como seres dependentes e sem autonomia (Junges, 2004).

O medo da dependência e da inatividade foi associado ao sentimento negativo do processo de envelhecimento e da velhice. O mesmo achado foi apontado no estudo de Fratezi e colaboradores (2011), que indicou uma relação entre velhice, patologias e declínio para o desempenho de atividades, apontando que a experiência do envelhecer foi relacionada às limitações físicas.

A pesquisa SABE identificou que 19,2% dos idosos apresentavam dificuldades para desempenhar as AVDs, que englobavam as tarefas de autocuidado, como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e se alimentar. Após um período de seis anos, houve um aumento para 26,6% e, destes, 67% não recebiam nenhuma ajuda para a realização das atividades (Duarte et al., 2010).

Segundo Ramos (2009), o grau de capacidade funcional para a execução das AVDs é um indicador de saúde, que varia da independência total, com autonomia completa, para uma de dependência total, com perda completa de autonomia.

Os discursos apresentados abaixo destacaram a percepção dos idosos frente ao processo de envelhecimento e da dependência:

“Esperar o quê? Esperar, é que nem eu falei agora há pouco, a esperança que tenho é dormir e não acordar. O medo que eu tenho é de ficar numa cama dando trabalho aos outros. Esse é o meu medo... É o medo de dar trabalho para os outros.”

[A1]

“A pessoa fica velha e nós sabemos quanto custa uma vida. Quer fazer as coisas, não pode; quer ajudar, não pode; quer falar, não pode. Ser velho é muito ruim.”

[A8]

“Quando chegar uma idade que estarei igual a uma criança, sem saber o que estou fazendo e precisando... Eu vou tomar um banho, mas não saberei se eu estou tomando um banho... Se eu der uma pancada ou tiver uma queda, poderei quebrar um braço ou uma perna, mas nem conseguirei gemer, porque não sentirei a

dor... A criança, quando está pequeninha, ainda é melhor, porque se ela cai e se machuca, acha ruim e chora. Já o idoso, chega uma hora, que nem chorar chora. ”

[A9]

“Eu queria ser uma velhinha saudável. É muito? Eu queria andar, queria sair... Eu pensava que seria uma velinha saudável, mas não ocorreu nada disso não [Demonstra emoção, tristeza]. ”

[A10]

Os fatores apontados pelos idosos em relação ao sentimento diante da velhice remeteram-nos à reflexão sobre o papel do idoso na nossa sociedade, que culturalmente associa o envelhecimento ao meio produtivo.

Segundo Luca (2006), a velhice é significada socialmente como um momento de improdutividade, uma vez que, por meio do trabalho, os indivíduos incorporam e reconhecem os seus papéis sociais.

Diante desse cenário, a aposentadoria simbolizou o conflito de mudanças de papéis, levando o indivíduo a refletir sobre o seu processo de envelhecimento e ao enquadramento etário, ocasionando ao idoso o sentimento de perda de utilidade para a sociedade. Contudo, o recebimento desse benefício pode ressignificar a vida, visto que muitos idosos passam a colaborar financeiramente com a família e a comunidade, integrando-se, assim, no processo produtivo (Luca, 2006).

Os achados do estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) demonstraram que 31% dos idosos possuíam renda suficiente para cobrir as necessidades da vida diária, sendo que aqueles acima de 70 anos estavam mais satisfeitos quando comparados com os idosos de faixas etárias inferiores (Bento, Lebrão, 2013).

No entanto, nesta investigação, as narrativas dos participantes apontaram a insatisfação com a renda, que não era suficiente para prover as suas necessidades de compra de medicamentos, pagamento de consultas e transporte. As narrativas a seguir destacaram essa problemática:

“Eu não posso reclamar que esteja tão mal assim, porque tenho o meu benefício. Posso não ter aquele conforto, porque a renda não é suficiente, mas, em vista de muitas pessoas, eu acho que estou até razoável. ”

[A2]

“Eu não sou aposentado, recebo o benefício de um salário mínimo. A minha renda não é suficiente, é a pulso... Teria que ser suficiente, porque não tem outra, mas não é.”

[A5]

“A minha renda não dá... Recebi um salariozinho de R\$ 700, mas é pouco... Quando recebo, é para pagar água e luz e não fico com nada.”

[A7]

Nesse contexto, a segurança contra a negligência, a extrema pobreza, o abandono e a falta de cuidado proporciona a sensação de proteção aos idosos, favorecendo, dessa forma, o sentimento de pertencimento e a maior participação social (ILC-BR, 2015).

Além disso, devemos apontar que o envelhecimento não implica necessariamente, em dependência, pois muitos dos eventos vivenciados durante o ciclo de vida podem ser modificados, prevenidos ou retardados com hábitos saudáveis (WHO, 2015a).

Contudo, as reflexões dos idosos sobre os possíveis declínios e perdas também remeteram à questão da finitude, que esteve relacionada com ansiedades em relação ao receio da dependência.

A morte e a finitude são fatores intrínsecos aos seres vivos, que estão submetidos a um processo temporal e irreversível, que engloba o nascer, o crescer, o declinar e o morrer (Schramm, 2002).

O ser humano possui a consciência da sua finitude, mas a negação dessa realidade favorece uma defesa psicológica que gera uma sensação de imortalidade. Porém, ainda assim, a morte do outro é notável (Kübler-Ross, 1977).

Para os idosos participantes deste estudo, a consciência da provável proximidade da morte e os prejuízos vivenciados até o momento, tanto no âmbito físico, como no social, e a expectativa de experimentar cada vez mais perdas,

levaram à diminuição do sentimento de capacidade de realizações e concretização de sonhos.

Os discursos a seguir descreveram o sentimento dos idosos frente à finitude:

“A minha vida está no fim, se correr essa vila, tem poucas pessoas com a minha idade. Conheço quase todas as pessoas mais velhas que tem aqui por perto. Então têm poucas pessoas que têm a minha idade. Então vou fazer o quê? Não tem que fazer mais nada. A única coisa que tem que fazer é esperar, eu canso de falar... O medo que eu tenho é de ficar numa cama sofrendo... Agora, no mais, está tudo bem.”

[A1]

“Para o meu futuro eu não quero mais nada. Só Deus! Não tem muita coisa, porque com os problemas não dá para esperar muito... Dizer que eu vou fazer alguma coisa para o futuro como eu ia fazer... Já fiz de tudo na minha vida. A gente vive hoje do jeito que está vivendo... Tenho medo da vida... O fim da vida como vai ser...”

[A5]

“Na minha idade... O que eu espero mais da minha idade? Eu só espero chegar o dia de morrer. Eu queira morrer com saúde... Com abundância de saúde.”

[A6]

“Uma filha me disse que eu estava boa de morrer... No futuro, eu espero que Deus me dê uma boa hora. Todo dia eu peço a Deus.”

[A8]

Durante o processo de envelhecimento, a experiência da finitude pode ocorrer de maneira repetitiva no âmbito social, mas também no próprio corpo, por meio de limitações, decorrentes dos problemas de saúde, da improdutividade ou do impedimento de fazer o que deseja. Nesse sentido, os idosos podem vivenciar um luto antecipado e a experiência da morte em vida (Giacomin, Santos, Firmo, 2013).

De acordo com Kübler-Ross e Kessler (2004), existem cinco estágios que

as pessoas vivenciam em situações de perda e luto: a negação, que é uma defesa psicológica por meio da recusa do problema e esquivo da realidade; a raiva, representada pelo sentimento de injustiça e inconformidade com a situação vivenciada; a barganha, estruturada pelo desenvolvimento de hipóteses sobre o fato e de negociação, muitas vezes com Deus, por meio de promessas ou sacrifícios; a depressão, observada quando ocorre a consciência de que a perda é inevitável e incontornável; e a aceitação, caracterizada pela conscientização da proximidade da morte, com consequente redução da angústia e reconhecimento da finitude.

A finitude na cultura ocidental, ainda é um tabu, que envolve a negação e o fechamento relacional e a solidão, dificultando um diálogo sobre o tema. Contudo, o compartilhamento das emoções vivenciadas possibilita o melhor enfrentamento das perdas, o que pode possibilitar aos idosos uma melhor perspectiva da vida, satisfação e bem-estar (Ariès, 1975; Kübler-Ross, 1977; Giacomini, Santos, Firmo, 2013).

Estudo qualitativo realizado por Oliveira e Araújo (2012), com 21 idosos do sexo masculino, de 61 a 90 anos, atendidos pelo Programa Saúde da Família, em Pernambuco, apontou que os significados da morte para esses participantes eram carregados de sentimentos dolorosos, que acarretavam sofrimento psíquico. Esses idosos relataram que sabiam que a morte era certa, mas preferiam não pensar, para não antecipar a sua chegada. Entretanto, a incerteza de como seria gerou angústia e desconforto.

Diante das narrativas, percebemos que a consciência da própria finitude e o luto antecipado propuseram uma significação da morte que acarretou a perda da valorização e do sentido real da vida. Entretanto, conforme Giacomini, Santos e Firmo (2013), a morte pode ser encarada pelos idosos como uma libertação dos sofrimentos de uma vida dependente.

Nessa direção, a espiritualidade também pode influenciar na concepção dessa finitude, fornecendo explicações e respostas sobre os acontecimentos vivenciados, proporcionando, assim, conforto a esses idosos (Oliveira, Araújo, 2012).

A espiritualidade/religiosidade para os idosos pode contribuir no enfrentamento de eventos estressantes, das doenças crônicas, da ansiedade e da presença de sentimentos negativos. Também, pode favorecer para o aumento da rede de suporte social e favorecer o sentimento de pertencimento (Maldaum et al., 2005).

A percepção de uma provável proximidade da morte influenciou nas perspectivas da vida, o que pode desestimular ações que proporcionem o melhor bem-estar aos idosos. Assim, é importante o preparo dos profissionais que acompanham esse público, em relação aos fatores associados à percepção da finitude.

Nessa perspectiva, de acordo com os pesquisadores Giacomini, Santos e Firmo (2013), os profissionais que trabalham com a população idosa devem agregar habilidades para a compreensão da complexidade que envolve a tríade saúde-doença-incapacidade e os medos relacionados ao processo de envelhecer, além de compreender o significado da morte para esse grupo etário, visando a um cuidado mais humanizado.

5.2 A VIOLÊNCIA AO IDOSO

Nesta categoria, identificamos os medos dos idosos em sofrer algum tipo de violência, seja no ambiente familiar ou urbano. O tema da violência é relevante, pois é um problema de saúde pública mundial crescente e afeta pessoas de diferentes faixas etárias (OPS, WHO, 2003).

O aumento do número de idosos na sociedade está relacionado com a ascensão da violência contra esse grupo etário. Alguns efeitos desses abusos são visíveis, como a morte e as lesões; outros estão aprofundados na sociedade, na cultura e na economia e, de maneira invisível, provocam sofrimentos, depressão, falta de esperança e medo (OPS, WHO, 2003; Brasil, 2014).

Nos países em desenvolvimento, estima-se que, mensalmente, um em cada dez idosos seja vítima de algum tipo de violência. Entretanto, acredita-se em uma subnotificação e subdiagnóstico dos casos, pois os sinais da violência, muitas vezes, são confundidos com sintomas de patologias prevalentes nessa população (OPS, WHO, 2003; Brasil, 2014; Apratto Junior, Moraes, 2010).

Nesses países, os tipos de violência ao idoso mais frequentes são: física, sexual, psicológica, financeira e negligência (OPS, WHO, 2003; WHO, 2015b). Em contrapartida, no estudo de Mascarenhas (2012), constatou-se que os tipos mais relatados foram: abuso físico (67,7%), violência psicológica (29,1%), negligência (27,8%) e, em menor proporção, violência financeira (7,9%), abuso sexual (3,7%) e

tortura (3,3%), ressaltando-se que a maioria dos episódios notificados ocorreu em domicílio.

No Brasil, no ano de 2010, foram registradas 3.593 notificações de violência aos idosos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net), procedentes de 524 municípios brasileiros. O Estado de São Paulo foi responsável por 30% de todas as notificações; diferentemente, não foi constatado nenhum registro proveniente do estado do Pará, ratificando o problema da subnotificação dos casos de violência ao idoso (Mascarenhas, 2012).

Nos países desenvolvidos, observamos um arranjo diferente, com maior prevalência da violência psicológica e verbal, seguida pela financeira. As violências física e sexual foram as menos prevalentes (Santos et al., 2013).

Nesse contexto, a violência ao idoso é uma violação dos direitos humanos e engloba diferentes abusos que afetam o respeito e a dignidade, resultando em sofrimentos e danos ao indivíduo (OPS, WHO, 2003; WHO, 2015b; Brasil 2014).

Essa violência pode ser ocasionada por uma ação ou omissão que prejudica a integridade física e/ou emocional, qualificando-a como: abandono, negligência, violência física, sexual, psicológica, financeira ou material. A frequência desses abusos pode ocorrer uma única vez ou repetidamente dentro de um relacionamento de confiança, quebrando, assim, as expectativas positivas existentes (OPS, WHO, 2003; WHO, 2015b; Brasil 2014).

A violência física ao idoso é a mais visível, pois pode ser avaliada por lesões decorrentes de beliscões, empurrões ou por danos provocados por outros meios letais de agressão. O local onde a violência física é mais frequente é no ambiente familiar, seguido pelas ruas e instituições de saúde, de assistência social e de longa permanência. Por outro lado, a violência psicológica pode ser manifestada de diferentes formas, seja por palavras ou ações de desprezo, menosprezo e discriminação que ocasionam tristeza, depressão, isolamento e solidão da pessoa idosa (Brasil, 2014).

A narrativa a seguir apresentou fatos relacionados ao abuso econômico-financeiro e ao abandono por familiares:

“Uma neta, que me olhava aqui, tomava o meu dinheiro, não me dava nada, dava-me o resto, era comida requeentada. Era assim... Até que a coloquei para fora e ficaram todas inimigas de mim. Roubaram meu cartão... Eu, sem poder andar,

foram e pegaram meu cartão... Precisei tirar outra foto, pegar uns papéis velhos e tirar outro documento para receber meu dinheiro [...] Ela me chamou de “velha coroca” e disse que já estou perto de morrer, mas não estou ruim e o dinheiro é meu. ”

[A8]

Mascarenhas (2012) referiu que as mulheres idosas foram as principais vítimas de violência em domicílio, explicitando que os eventos foram provocados por agressores do sexo masculino, em sua maioria filhos, seguido de pessoas desconhecidas, parceiros conjugais e outros indivíduos conhecidos pelas vítimas. A região da cabeça/pescoço foi o principal alvo, principalmente, em idosos homens, enquanto as lesões em membros superiores foram mais frequentes entre as vítimas mulheres. No referido estudo, suspeitou-se que os agressores faziam uso de bebida alcoólica e os meios mais utilizados para agressão foram a força corporal e as ameaças.

Estudo realizado com 343 idosos da cidade de Niterói, Rio de Janeiro, verificou que 43,2% deles sofreram, pelo menos, um episódio de violência psicológica no ano anterior à entrevista, 10% foram vítimas de violência física de qualquer gravidade e 6,1%, de violência física grave. Esses tipos de violências estiveram associados a problemas de saúde como demência, depressão e problemas reumatológicos (Apratto Júnior, Moraes, 2010).

Outro aspecto relevante é o abandono, frequente em muitos ambientes onde os idosos estão inseridos. Essa problemática é representada pela troca do seu lugar na residência para os mais jovens, com a transferência dos idosos para um ambiente no fundo do terreno, privando-os das relações sociais familiares ou, ainda, por situações que os retiram de casa contra sua vontade (Brasil, 2014).

Nesse contexto, muitos idosos são isolados das relações familiares e sociais decorrentes da diminuição da capacidade funcional e cognitiva, e por motivos relacionados à perda de amigos e familiares (WHO, 2015b).

A narrativa a seguir apresentou a percepção do idoso diante da violência familiar e formal:

“Tem muitos filhos que são desse jeito, você não vai julgar um por todos, põe num asilo de idoso, às vezes, pela prefeitura, pelo governo do Estado, para ficar

com a aposentadoria daquele pai ou daquela mãe, ficar se beneficiando e o abandona para lá... Nunca mais vai lá para saber se viveu ou morreu, como é que está sendo cuidado, sendo que às vezes o idoso tem uma aposentadoria que dá para sobreviver e pagar para uma pessoa para cuidar... Muitos estão ganhando para cuidar dos idosos e estão maltratando. É diferente quando chega à idade do idoso, o meu medo é só esse, mas acredito que Deus vai me ajudar e que isso não vai acontecer. Até agora estou fazendo tudo com o meu esforço, mas acredito que eles (familiares) não irão fazer isso comigo, mas a gente vive a custa dos outros. ”

[A9]

Segundo Minayo (2003), a negligência ao idoso manifesta-se em diferentes setores sociais, revelando-se por meio de fatores socioculturais, da discriminação, da omissão do Estado em relação aos programas de proteção, das instituições de saúde, que não estão preparadas para fornecer uma assistência de qualidade, e pelas famílias que abandonam os idosos em instituições, nas quais são comuns processos de maus-tratos, de despersonalização e de destituição de poder e vontade do indivíduo (Minayo, 2003).

Neste estudo, o abuso da instituição citada abaixo foi de âmbito financeiro, em que o serviço exigiu a posse do cartão de recebimento do benefício para a institucionalização. De acordo com o Estatuto do Idoso, as instituições de longa permanência não podem permanecer com mais de 70% do valor do benefício recebido pelo o idoso (Brasil, 2003).

O discurso abaixo apresentou o abuso financeiro sofrido por idosos ao buscar instituições de longa permanência:

“Todas as casas de repouso que eu já procurei, eu pergunto o que precisam da gente... São os documentos e o cartão do benefício. Eu falei: “ganha o quanto ganhar, fica na mão de vocês”? Eles falam que isso é necessário, porque a gente não vai precisar, lá terá remédio, médico, roupa, comida e tudo. Por quê? Por que eles (casa de repouso) querem ficar com o dinheiro? Então, eu não aceito, não dá!... Mas não sei... Eu já questionei algumas pessoas se isso é certo... É certo, porque as pessoas não precisarão de nada... Mas, para que querem o dinheiro? Como sou ativa, gosto de passear e gostaria de ficar com algum dinheiro na mão... Porque eu não sou aquela pessoa imprestável, ainda... Eu gosto de sair, passear,

participar das coisas. Então, para isso, eu preciso ter dinheiro na mão... E eles ficam com o cartão do benefício e fica por isso mesmo.”

[A2]

No discurso abaixo, emergiu a questão da violência física proveniente de maus-tratos de cuidadores formais.

“Na televisão passou umas babás de idoso, que maltratavam, machucavam, e os idosos nem gemiam. Se der comida, come; se ele faz uma sujeira na fralda, têm alguns que usam fralda, aí você pode deixar a semana toda que ele não vai te reclamar... Não vai pedir nada, só que o filho ou filha não terá paciência e fará sabe o quê? Quando é a criança, acha bonito, engraçado, mas com o velho é diferente, chama de velho, de nojento, traste!”

[A9]

Além dessas formas de violência, os idosos participantes deste estudo ressaltaram o medo da violência urbana, representada pelo medo de sofrer assaltos, acidentes e agressões físicas. O ambiente domiciliar foi apresentado como um refúgio protetor dessa violência, que estava presente do lado de fora.

As narrativas abaixo destacaram o medo diante da violência urbana:

“Tenho medo da violência, de assalto. Quando a minha filha vai levar minha cunhada no hospital, eu me tranco aqui (casa).”

[A3]

“Eu tenho medo de tudo, porque a gente vive aqui nesse mundo... Você sai na rua, tem medo de ser assaltada, de ser atropelada. Então, quer dizer que a gente arrisca tudo. Eu tenho medo de ser assaltada. Porque atropelado Deus livra, mas assaltado não.”

[A6]

“Do que mais tenho medo é de ser atacado na rua por bandido, porque hoje é o que mais está acontecendo... Sofrer um acidente de carro, essas coisas

que mais me intimidam e me preocupam. Porque, hoje em dia, a gente está na rua e não sabe de que jeito que vai ser atacado. Corremos algum risco de algo, na rua a gente não se sente muito seguro.”

[A9]

Para Minayo (2003), é importante investigar os fatores associados à vida urbana e a circulação dos idosos nas cidades. Alguns exemplos descritos pela autora foram os ônibus, que não apresentam um acesso favorável, com altos degraus e catracas apertadas que dificultam a locomoção, e a insensibilidade dos condutores de veículos que, muitas vezes, arrancam e freiam bruscamente o transporte e não param nos pontos onde há idosos, o que acarreta acidentes de trânsito e quedas.

No Brasil, discussões sobre a violência ao idoso são recentes e surgiram, principalmente, com a promulgação da PNI e do Estatuto do Idoso, que declararam que os maus-tratos a esse grupo etário são uma violação dos seus direitos. Contudo, ainda são necessários esforços para reconhecer a magnitude do tema e engajar toda a sociedade para o enfrentamento dessa problemática (Brasil, 1994, 2003, 2014; Apratto Júnior, Moraes, 2010).

Logo, é essencial a busca por soluções efetivas para prevenir a violência ao idosos e atenuar suas consequências, considerando as seguintes perspectivas: investir em uma sociedade para todas as idades que beneficie todas as gerações; apresentar a responsabilidade governamental de incentivo às ações que promovam os direitos da pessoa idosa; favorecer a participação social e política dos idosos; apoiar as famílias que abrigam idosos em suas residências; estruturar espaços sociais seguros e amigáveis ao idoso; formar profissionais de saúde, de assistência e cuidadores profissionais para o atendimento de qualidade ao idoso; e prevenir a dependência do idoso, pois idosos mais dependentes possuem maior probabilidade de sofrer violências institucionais, sociais, culturais e familiares (Brasil, 2014).

Sob essa ótica, uma estratégia de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no Brasil foi a criação dos Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPVI) no ano de 2007, pela Secretaria de Direitos Humanos, da Presidência da República (Brasil, 2007).

Os CIAPVI visam a enfrentar todas as formas de violência e de exclusão social, e promover ações que cumpram o Estatuto do Idoso (Brasil, 2007).

Esses centros são fundamentais para a dinamização de uma rede interinstitucional de serviços necessários de apoio aos idosos que sofreram algum tipo de abuso. Os maiores frequentadores dessas unidades são idosos com baixo poder aquisitivo, que apresentam algum grau de dificuldade de autodefesa (Minayo et al., 2015).

Entretanto, o tempo elevado e a falta de qualidade no atendimento nos setores de saúde e de justiça, assim como a insuficiente oferta de atenção especializada e de saúde mental aos idosos dependentes e com problemas de saúde graves indicam que a rede de saúde pública ainda não está preparada para acolher essas vítimas, precisando assim, superar as limitações existentes (Minayo et al., 2015).

Dessa forma, os serviços de saúde necessitam preparar-se para o enfrentamento da problemática da violência contra a pessoa idosa, sendo locais de acolhimento e de ações contra a violência (Apratto Júnior, Moraes, 2010).

Na Atenção Básica, a detecção de casos de violências ao idoso, ainda é muito precária e a capacitação dos ACS para a identificação de casos pode ser uma estratégia para os referidos serviços, uma vez que os agentes estão em contato direto com os idosos vulneráveis e familiares, por meio das visitas domiciliares realizadas periodicamente. Assim, as diversas situações que passariam despercebidas poderiam ser rastreadas e identificadas por esses profissionais (Apratto Júnior, Moraes, 2010).

Diante dessa realidade, podemos avaliar as dificuldades para o enfrentamento da violência ao idoso, desde o medo da denúncia, como o despreparo dos profissionais de saúde e dos serviços para a identificação dos casos o que resulta em subnotificações. Nesse âmbito, são imprescindíveis a adoção de iniciativas que ajudem a identificar, quantificar e responder a esse problema de forma adequada.

5.3 O OSTRACISMO SOCIAL

A Política do EA ressaltou a importância da participação dos idosos como uma oportunidade para as relações sociais positivas e o engajamento social e intelectual dessa população na sociedade (OMS, 2005; ILC-BR, 2015).

Os direitos sociais dos idosos devem ser assegurados pela família, pela sociedade e pelo Estado, garantindo sua autonomia, integração e participação na sociedade (Brasil, 1994, 2003).

Nessa direção, a categoria Ostracismo Social emergiu neste estudo como antagonista da participação social e nos fez refletir sobre a exclusão social vivenciada pelos idosos, uma vez que percebemos barreiras que isolavam esse grupo do convívio familiar e com o meio externo.

O ostracismo social geralmente é caracterizado quando um indivíduo é ignorado e excluído de um grupo sem uma explicação significativa, ou exposto a uma atenção negativa explícita. De acordo com Williams (2007), o termo pode ser compreendido como um processo de respostas às frustrações das necessidades relativas à autoestima e ao sentimento de pertencimento na sociedade.

O ser humano possui a necessidade básica de formar e manter relacionamentos sociais. A exclusão social frustra essa necessidade e pode ocasionar efeitos psicológicos que afetam a saúde do indivíduo (Williams, Zadro, 2005; Williams, 2007; Bastian, Haslam, 2010; Hawkley, Williams, Cacioppo, 2011).

O ostracismo pode ser observado em diversas espécies da natureza, em que os seres considerados frágeis são eliminados para a manutenção da coesão e da força grupal (Williams, 2007).

Nessa perspectiva, notamos o afastamento social vivenciado pelos idosos, pois a representação do envelhecimento não se ajusta bem ao mundo produtivo, em que os idosos são associados à diminuição da força de trabalho (Luca, 2006).

O efeito do ostracismo social ultrapassa as relações pessoais, visto que afeta o sentimento de pertencimento a uma comunidade humana interligada. O estudo realizado por Bastian e Haslam (2010) ressaltou que os indivíduos que experimentam o ostracismo social sentem a sua humanidade diminuída, indicando que ser socialmente excluído é uma experiência desumana. À medida que as pessoas passam a acreditar que possuem atributos fundamentais para a

humanidade, essas sensações são reduzidas.

Williams e Zadro (2005) destacaram quatro necessidades sociais fundamentais que são afetadas pelo ostracismo social, a saber: a autoestima, o sentimento de pertencimento, o controle sobre si e do próprio ambiente e o significado existencial. As ameaças às necessidades sociais básicas esboçam reações imediatas representadas por sentimentos de mágoa, dor, mau humor e até mesmo de excitação fisiológica. A tentativa de fortalecimento dos laços e a autoafirmação como um esforço de recuperação dessas necessidades podem esgotar a capacidade de lidar com a situação, desencadeando o isolamento autoimposto, sentimento de desamparo aprendido, baixa autoestima e pensamentos suicidas.

Assim, a exposição contínua ao ostracismo social pode implicar no esgotamento dos recursos necessários para respostas favoráveis e acarretar em sentimentos de solidão, dor e angústia. Os fatores cognitivos e de personalidade possuem pouca influência na determinação do ostracismo e do sofrimento ocasionado, portanto, é incorreto olhar para o indivíduo ostracizado e concluir que a situação vivenciada é consequente apenas de suas características pessoais (Williams, Zadro, 2005; Williams, 2007).

Ao refletirmos sobre o papel dos idosos na sociedade, constatamos que eles tendem a ser excluídos, pela desvalorização da sua importância social ou pela diminuição das redes sociais.

Hawkey, Williams e Cacioppo (2011) apontaram que a experiência do ostracismo apresentou menor impacto emocional em idosos quando comparados aos indivíduos jovens, sugerindo que o estreitamento das redes sociais dos idosos diminuiu o medo em ser excluído por outros indivíduos.

Entretanto, as falas dos colaboradores deste estudo sinalizaram que a exclusão social vivenciada acarretou significativos impactos às suas vidas, expressadas por sentimentos de solidão, falta de produtividade e abandono. Para melhor reflexão, a categoria foi subdividida em três subcategorias: o sentimento de solidão e o afastamento social; o suporte social e sua interface com a autonomia do idoso; e a integração dos serviços como componente potencializador da interação social.

5.3.1 O sentimento de solidão e o afastamento social

A solidão é uma experiência subjetiva, aversiva, desagradável e angustiante, resultante da percepção de necessidades pessoais e sociais não atendidas. Fatores como mudança do estilo de vida, declínio da saúde e morte de entes queridos podem afetar as redes sociais, tornando-as deficientes em qualidade e/ou quantidade (Perlman, Peplau, 1984).

Nesse âmbito, a solidão sinaliza que as relações sociais são deficientes de maneira significativa ao indivíduo, o que pode afetar seu bem-estar psicológico e determinar cenários de depressão e até mesmo suicídio (Perlman, Peplau, 1984).

A fala a seguir ratifica a citação acima:

“Mas, para mim, a vida tem sido normal, porque eu não sinto nada... a única coisa que sinto, é o que me aconteceu... A minha primeira mulher, mãe dos meus filhos, faleceu. Depois, casei-me novamente, e ela faleceu também. Em seguida, tornei a me casar com outra, que é a avó desses meus netos, que também faleceu. Agora, não quero mais nada, não. Essas perdas... Essas perdas... [Demonstra emoção, tristeza]. Não tenho mais o que fazer, porque se eu arranjar outra companheira e for uma velha, vai morrer outra vez; e se eu arranjar uma menina, vai me “pôr chifres”. Então, é uma coisa que não adianta mais... O jeito é levar a vida que levo, tranquilo e sossegado.”

[A1]

A solidão não é sinônimo de isolamento social, pois viver só não obrigatoriamente resultará em perda de bem-estar subjetivo (Perlman, Peplau, 1984).

De acordo com Erikson (1998), o idoso pode se sentir isolado e deixado de lado quando não há recordações positivas para lembrar e apreciar. Contudo, o deslocamento dessa energia para atividades artísticas e culturais que compensem essa falta contribui para que ele volte para si e aceite as mudanças da velhice.

A solidão foi relacionada ao declínio cognitivo, porém, a literatura não é clara se esse fator é derivado das limitadas interações sociais e de estímulos intelectuais que favorecem esse declínio, ou se os déficits cognitivos levam à menor

interação social e, conseqüentemente, à solidão. Nesse sentido, estudo demonstrou que a diminuição da fluência verbal foi um preditor de solidão, pois a baixa capacidade de comunicação pode desencorajar conversas e dificultar o desenvolvimento e a manutenção de relacionamentos significativos (Boss, 2015).

A velhice pode afetar o modo típico de relacionado e contato com as pessoas, decorrentes da incapacidade, dependência e a perda da autonomia. Dessa maneira, requerem interações mais frequentes, pois as exigências e dificuldades que surgem diariamente levam ao sentimento de insegurança e constrangimento, privando o idoso de relações potenciais e de intercâmbios íntimos (Erikson, 1998).

Na presente pesquisa, as limitações físicas afetaram substancialmente as relações sociais, resultando no isolamento social, conforme os relatos a seguir:

“Até eu piorar das pernas, frequentava o grupo dos idosos, ia para um lado, ia para o outro... viajava... Depois que eu piorei, não participo de mais nada... [Demonstra emoção, tristeza]... Só fico em casa... Há oito meses somente fico em casa... É ruim, porque eu gosto de participar de tudo, então, não posso mais, porque tenho dificuldade para andar.”

[A2]

“Eu não sinto quando faço xixi... Levanto de três a quatro vezes à noite, e preciso trocar de hora em hora... São 24 horas usando absorvente. Eu deixo de sair de casa por isso, pela coluna não... Eu fico com vergonha de ir às casas das pessoas e ter que ficar me trocando de hora em hora... Aonde vou é na casa do meu filho, porque a minha nora já me conhece, meu filho sabe do meu problema... Mas, em outro lugar eu não vou, porque não me sinto bem, de jeito nenhum. Mas nunca passei vexame... Não é fácil.”

[A3]

“Agora mesmo, eu não estou podendo fazer nada. Eu consigo quando estou podendo andar... Sinto-me muito frágil por causa dessa perna. Inclusive, quero passear e não posso agora. Mas, pelo jeito que estou, terei que passear doente mesmo.”

[A6]

O sentimento de solidão foi associado às más condições de saúde e à diminuição da capacidade de desempenhar as AVDs, tendo uma relação estatisticamente significativa com a presença de doenças crônicas (Chen et al., 2014).

Estudo transversal realizado com 927 idosos com 70 anos ou mais, residentes em uma comunidade carente do bairro Coyoacán, na Cidade do México, encontrou associação entre a solidão e a fragilidade. Dessa amostra, 14,1% dos idosos eram frágeis, 13,2% relataram solidão, 13,9% tinham sintomas depressivos e 29,1% apresentavam deficiência em realizar as AVDs. Dentre os 52,6% que viviam sozinhos, 64,9% eram frágeis (Herrera-Badilla et al., 2015).

A fragilidade envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais, caracterizando-se como uma síndrome multidimensional, que ocasiona condições de maior vulnerabilidade e impactos clínicos consideráveis, resultando no aumento do declínio funcional, hospitalização e até mesmo morte (Teixeira, 2006). De acordo com Fried e colaboradores (2001), ela é compreendida como um processo fisiopatológico consequente de modificações de múltiplos sistemas que afetam o equilíbrio homeostático.

O fenótipo da fragilidade é caracterizado por cinco fatores: perda de peso não intencional, fadiga e exaustão, redução da força de preensão, diminuição das atividades físicas e redução da velocidade da marcha. A presença de um ou dois fatores caracteriza a condição pré-frágil e a existência de três deles indica fragilidade (Fried et al., 2001).

Quando o sentimento de solidão foi associado à saúde mental e ao bem-estar em adultos, percebeu-se que aqueles que apresentavam agravamento de saúde mental eram cinco vezes mais propensos a se sentirem solitários (Kearns et al., 2015).

As narrativas apresentaram que a experiência de solidão englobou aspectos sociais e emocionais. O sentimento de solidão esteve associado à falta de conexão com as redes sociais, proporcionando possíveis sentimentos de rejeição.

A fala de A2 expressa que o sentimento de segurança foi associado à presença da figura de um filho:

“Quando eu era mais jovem, procurei muito engravidar, não consegui, devido a um problema no útero... Mas, também, não ligava para essas coisas,

porque filho, para mim, se não tinha estava tudo bem. Mas, hoje, sinto falta de uma companhia, de um filho... Porque sobrinho não é a mesma coisa de um filho... Eu me sinto muito só... [Demonstra emoção, tristeza]. Se eu tivesse filho, acredito que a atenção seria maior. Isso seria uma obrigação para comigo. Mas, como não tenho, não posso cobrar nada de ninguém... Espero pela vontade das pessoas, dos parentes... Os idosos com quem tenho contato falam a mesma coisa que eu, quando se tem filhos, eles cuidam, fazem o que os idosos precisam. Outros que não têm filho, como eu, pensam da mesma maneira.”

[A2]

A família é a principal fonte de apoio para idosos e o contato com crianças apresentou efeito positivo no bem-estar psicológico de idosos chineses (Chen et al., 2014).

A fala abaixo apresenta a importância do apoio familiar e do contato intergeracional:

“Eu tenho dó de algumas pessoas que passam aqui na rua... Acho que eles precisam de muita ajuda... Passam pessoas sozinhas, sem família... Dá dó de ver. Tem pessoas que param para descansar... Não sei do que elas precisam... No meu caso não, porque a minha família é grande, quando não tem filho, tem neto... Os netos vêm para cá, passam os domingos comigo, deixam-me até anestesiada.”

[A3]

As barreiras ambientais também foram relacionadas à solidão em população idosa. Os dados de um estudo transversal realizado com 848 idosos, com idade entre 75 e 90 anos, moradores dos municípios de Jyväskylä e Muurame, na Finlândia, revelaram que as barreiras ambientais que afetam a mobilidade dos idosos estavam associadas ao sentimento de solidão. Ao todo, 28% da amostra sentia-se solitária, apresentava dificuldade para caminhar e tinha restrições para o desempenho de atividades ao ar livre. Problemas relacionados à neve, inclinação do ambiente e ter que percorrer longas distâncias para realizá-las aumentaram os riscos de solidão. (Rantakokko, 2014). Logo, esses fatores podem afetar as oportunidades de socialização dos idosos.

A presença de barreiras físicas contribuiu com o isolamento social dos

colaboradores deste estudo, como por exemplo, as escadas íngremes e as casas localizadas no fundo do terreno, sejam na parte superior ou térrea que dificultavam a interação com o meio externo.

Os fatores externos à residência também favoreceram o exílio social dos idosos, como os desníveis de calçadas e ruas que dificultavam a locomoção, a falta de transportes públicos adequados às suas limitações físicas e o medo de sofrer algum tipo de violência.

Os discursos destacados abaixo descreveram o impacto dessas barreiras físicas na interação social dos idosos:

“Eu só ando com o andador, tenho muita dificuldade para subir escada... Não saio mais de casa, não tenho condições.”

[A4]

“Eu não saio sozinha para locais distantes... Eu consigo, se alguém me colocar dentro do ônibus, porque não aguento subir.”

[A7]

“Eu tenho o meu carro, mas também utilizo transporte público... Eu uso quase todos, metrô, trem, ônibus... Porque eu tenho a carteirinha do idoso que serve para todos os transportes.”

[A9]

“Quem anda de cadeira de rodas, falta quebrar os ossos. As ruas todas quebradas, cheias de buraco. Muito ruim. Fomos à hemodiálise de ônibus, para nunca mais! Deus me livre! Cadeira de rodas no ônibus, nunca mais! É muito complicado! E trem também é horrível.”

[A10]

Nesse cenário, um estudo transversal realizado com 4.302 participantes, na cidade de Glasgow, Escócia, analisou a solidão de pessoas que viviam em 15 comunidades carentes. O sentimento de solidão diminuiu entre as pessoas que tiveram contatos com vizinhos e aumentou entre aqueles que não possuíam uma fonte de apoio emocional disponível em tempos de crises. As áreas carentes

possuíam estressores, como a falta segurança, a pobreza e situações familiares instáveis, os quais favoreceram o isolamento social e o comportamento antissocial nos bairros. Esse fato foi sugestivo da necessidade de estruturação de políticas públicas que otimizem as oportunidades de socialização para a formação de laços de amizade na comunidade e apoio social (Kearns et al., 2015).

Nos discursos dos idosos, o sentimento de solidão foi associado às limitações decorrentes das condições de saúde, ao isolamento social, à mobilidade e ao sentimento de improdutividade:

“Eu me sinto um pouco frustrada, porque eu era mulher super ativa... Trabalhei 40 anos como manicure e cabeleireira, trabalhava na cidade (centro da cidade de São Paulo), depois retornava para casa e quando não tinha serviço em casa, eu fazia unha em domicílio. Meu marido era caminhoneiro, eu que tomava conta de tudo! Carnê para pagar, INSS dele, tudo era eu. De repente, você se sente... Às vezes, tenho uma recaída... Eu era muito ativa... Penso que perdi o meu objetivo... [Demonstra emoção, tristeza]... Eu não tenho mais vontade de me arrumar, vontade de sair, comprar roupa, calçados. Eu perdi o meu objetivo, eu não tenho mais. Eu tenho Deus comigo toda hora.”

[A3]

“No momento, me sinto inutilizada... Porque eu era uma pessoa que fazia tudo. Eu trabalhava... Mas de um dia para a noite a minha vida parou... Eu me sinto uma inútil.”

[A4]

“A minha saúde foi muito boa, mas agora é ruim... Estou tendo problemas que estão chegando. Eu acho é devido à idade mesmo, porque nunca tive problema nenhum, sempre fui uma pessoa que trabalhou bastante. Quando trabalhava, sempre em janeiro, os empregados tinham que passar no médico para avaliar a saúde, o médico dizia que eu estava bem melhor do que os outros empregados que estavam lá (consultório). Eu não era de tomar remédio, agora estou precisando tomar um pouco de remédio que o médico passou... Eu trabalhava e não tinha problema.”

[A5]

“Eu fiquei muito triste com a minha saúde. Eu fazia de tudo, trabalhava em tudo, de repente tive um AVC (acidente vascular cerebral). Mesmo assim, eu ainda andava, fazia as coisas. Mas eu caí, dobrei o pé para trás e quebrou. Depois disso, começou todo esse problema. Eu fiquei quatro meses paralisada em uma cama, precisei fazer “traque” (traqueostomia). ”

[A10]

O sentimento de inutilidade também foi associado à solidão. Os resultados de uma pesquisa fenomenológica, realizada nos Estados Unidos, com 12 idosos (oito mulheres e quatro homens), com idades entre 74 e 98 anos, apresentaram, em sua análise, que os participantes experimentaram a solidão devido aos aspectos relacionados à aposentaria, a qual contribuiu com o sentimento de inutilidade, à viuvez, que favoreceu a perda de um mundo que era compartilhado com o cônjuge, e às mudanças relacionadas ao declínio da saúde e diminuição da mobilidade, que afetaram a capacidade da manutenção de relações sociais (Smith, 2012).

Esses idosos enfrentaram a angústia da solidão, direcionando as suas energias para outras atividades, por meio do desenvolvimento de trabalhos voluntários, a busca de companheirismo pela criação de animais de estimação e o contato com outras pessoas, por meio de visitas a amigos, maior relacionamento com os netos e telefonemas para os familiares e amigos (Smith, 2012).

Nesse cenário, a interação social é um caminho para a redução do sentimento de solidão. Portanto, é importante a compreensão da rede social dos idosos, para diminuir os impactos ocasionados pela solidão.

5.3.2 O suporte social e sua interface com a autonomia do idoso

O suporte social produz um efeito protetor ao idoso quando existe o respeito aos valores e limites vivenciados no processo de envelhecimento, encorajando, dessa forma, o exercício da autonomia e da independência e favorecendo o enfrentamento de eventos estressantes (Lemos, Medeiros, 2011).

A rede de suporte social é constituída por um conjunto hierarquizado de pessoas que possuem entre si relações de dar e receber ao longo do ciclo vital.

Essa estrutura pode sofrer alterações de acordo com a necessidade dos seus membros (Neri, 2005).

As redes de suporte social podem ter diferentes funções, conforme as condições físicas, sociais e psicológicas e a situação em que o idoso vive. Essas atribuições podem ser descritas da seguinte forma: apoio material, emocional, serviços e informações; afirmação e manutenção da identidade social; crença de que o indivíduo é cuidado, amado e valorizado; novos contatos sociais; melhor enfrentamento das experiências negativas e estressantes; estimulação à autoestima e senso de controle; e estímulo à saúde e bem-estar (Neri, 2005; Lemos, Medeiros, 2011; Santini et al., 2015).

A literatura distinguiu a natureza da rede de suporte social ao idoso em formal e informal. Esta é constituída por familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e comunidade, e se baseia em relacionamentos voluntários e sem pagamento. A rede formal é caracterizada pelo apoio fornecido por profissionais, serviços de saúde e sociais. Entretanto, no Brasil, a rede de suporte formal não é suficiente para atender com qualidade todas as demandas da população idosa, sobrecarregando de maneira negativa as famílias (Neri, 2005).

No Brasil, a PNI regulamenta diferentes modalidades formais para o suporte social dessa população, incluindo serviços asilares e não asilares, caracterizados como: centro de convivência, hospital dia, centro dia, casa lar, oficina abrigada de trabalho, atendimento domiciliar e outros tipos de atendimentos criados na comunidade que vislumbram a promoção e à integração do idoso na família e na sociedade (Brasil, 1996).

De acordo com as narrativas dos idosos, pudemos identificar os diferentes tipos de suporte sociais demandados e utilizados pelos idosos. O suporte formal foi qualificado pela assistência dos ACS, consultas médicas e atendimento em hospital, pronto-socorro, AMAs e UBS. Também foi ressaltado o apoio da farmácia com a orientação e anotação dos horários para a ingestão dos medicamentos. A falta de apoio formal no auxílio das atividades domésticas e de transporte para locomoção aos serviços foi ressaltada.

O suporte social informal foi caracterizado por ações realizadas por filhos, noras, genros, netos e sobrinhos para a realização de atividades domésticas, para as quais os idosos possuíam limitação para desempenhar, como lavagem de roupas e preparo de alimentos. Além dessas, os familiares apoiavam os idosos em

atividades externas, como idas ao banco e ao supermercado e gerenciamento das finanças. Os cuidados relacionados à saúde, como a gestão das medicações, transporte às consultas ou ao pronto-socorro e apoio direto com as necessidades básicas foram, também, mencionadas, conforme relatos a seguir:

“Eu moro aqui sozinho... Já faz dois anos. Mas, tem os meus netos que moram aqui embaixo. Eu mesmo cozinho, faço a minha comida, vou ao mercado. Mas, são eles (familiares) que lavam as minhas roupas, uma vez por semana. Só tenho o apoio da aposentadoria. ”

[A1]

“É difícil ir ao banco. Tenho um sobrinho que vem resolver os meus problemas e receber a pensão para mim. ”

[A2]

“Quando voltei do hospital, durante uma semana a minha filha cuidou de mim... Ela cuidava, cuida. ”

[A3]

“A minha comidinha tem momento que eu faço e tem hora que a minha menina (filha) me ajuda e me dá um pratinho de comida... O meu genro retira o meu dinheiro e eu já mando pagar as prestações, agora tem as contas de água e luz para pagar. ”

[A7]

Os idosos mencionaram o medo da família não poder apoiá-los em situações futuras de dependências, indicando a internação como o único recurso possível, uma vez que seus parentes não poderiam parar de trabalhar para cuidar deles.

O suporte da comunidade foi referido por meio de atividades que ajudavam os idosos com a locomoção às consultas médicas e auxiliavam com o transporte público, como por exemplo, leitura do destino do ônibus e apoio para subir nele. Porém, notamos que os recursos familiares e da comunidade indicados pelos idosos eram muito limitados.

A rede social dos idosos é pequena e a família é a principal fonte de cuidado (Neri 2005; Amaral et al., 2013; Alvarenga et al., 2011; Cloutier-Fisher, Kobayashi, Smith, 2011; Lemos, Medeiros, 2011; Domingues et al., 2013; Wrzus et al., 2013; Santini et al., 2015).

O cuidado familiar pode ser descrito como primário, geralmente fornecido por um parente que é o único responsável direto pelo idoso. Comumente, ele é prestado por uma mulher de meia-idade ou idosa, em geral, a esposa, a filha ou a nora do idoso. Nessa perspectiva, os cuidados secundários e terciários são as atividades básicas de cuidado ou de vida prática, como a realização de tarefas externas, que são executadas de maneira restrita e esporádica, ocasional ou descontinuada (Neri, 2005).

Essas distinções estiveram presentes nas narrativas dos idosos, que ressaltaram a importância do suporte familiar para a manutenção das suas atividades diárias, conforme as narrativas abaixo:

“As minhas filhas que me ajudam! Tenho duas filhas. Elas são tudo! Elas levam-me para lá, para cá (Demonstra emoção, tristeza) (pausa). A minha filha largou o casamento de lado, o tempo que fiquei no hospital, ela ficava, um ano e pouco ela ficou no hospital [Demonstra emoção, tristeza]. Todos os dias. Quando não era uma, era a outra, que na época tinha um nenezinho, ela largava o nenê com o marido... Eu nem tenho o que falar, só agradecer a Deus e pedir para dar muita saúde a elas. Até meu filho ia ao hospital para me dar banho... Mas depois, a mulher dele começou a reclamar, ele deixou mais de lado, mas as minhas filhas não. Elas estavam sempre junto, sempre junto! Quando não era uma, era a outra.”

[A10]

A família é um importante recurso de apoio aos idosos quando auxilia na prevenção de agravos e na promoção da saúde. Contudo, são necessários serviços que forneçam suporte aos familiares com o objetivo de diminuir o estresse e contribuir com a qualidade do cuidado informal aos idosos. Nesse sentido, fatores como falta do apoio ao cuidador familiar, poucos recursos de cuidado e rede limitada de apoio social, aumentam o risco de mortalidade entre idosos, indicando a necessidade de ações que fortaleçam o suporte social, por meio da integração com vizinhos e comunidade (Santini et al., 2015).

Estudo populacional realizado em oito países em desenvolvimento (Cuba, República Dominicana, Peru, Venezuela, México, Porto Rico, China e Índia), com 13.891 participantes, com 65 anos ou mais, identificou que os idosos isolados que pertenciam a uma rede social limitada, com poucos amigos ou contatos com a comunidade, apresentaram maior risco de mortalidade quando comparados àqueles que possuíam uma rede mais integrada (Santini et al., 2015).

As redes sociais informais diminuem com o processo de envelhecimento. Entre o período da adolescência até a idade adulta, notou-se um crescimento dessas redes, com auge dos 20 aos 30 anos, observando-se, após uma constante diminuição até a velhice. Os fatores como perda do cônjuge e divórcio reduziram o tamanho da rede social informal (Wrzus et al., 2013).

Os discursos abaixo destacaram uma preocupação com a limitada rede de suporte informal na prestação de cuidados aos idosos.

“O que falta aos idosos é mais ajuda de parentes, talvez... Não tem tudo o que precisa. Os parentes, hoje em dia, estão preferindo colocar os pais e as mães nos asilos, ao invés que cuidar.”

[A2]

“Depois casei, criei a minha família, os meus filhos, toda a vida eu cuidei dos meus filhos. Hoje, eles não cuidam muito de mim.”

[A8]

“Eu penso assim... Tanta pessoa que não tem ninguém para limpar, para cuidar, fica jogada. Isso é duro! É muito triste!”

[A10]

Nesse sentido, notamos como os idosos reconhecem a importância do apoio familiar. O estudo realizado pelos pesquisadores Amaral e colaboradores (2013), descreveu que a rede social de 300 idosos moradores do Município de Natal, Rio Grande do Norte, era pequena em diferentes modalidades de apoio (financeiro, doméstico, cuidado pessoal, companhia e visitas). Os pesquisadores observaram que 92,7% dos idosos não moravam sozinhos e 26,3% apresentavam baixa

frequência de ajudas recebidas. Os filhos eram os principais provedores de cuidados, seguidos das esposas, netos e irmãos.

Os mesmos achados foram citados na pesquisa realizada na cidade de Dourados, Campo Grande, com 503 idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, que identificou a participação da família e da comunidade no cuidado dos idosos, por meio de visitas, companhia, limpeza doméstica, cuidados pessoais e apoio financeiro. A rede social dos idosos foi considerada pequena, sendo predominantemente composta pela família, comunidade e amigos. O apoio da rede formal foi incipiente, sendo os serviços de saúde representados, principalmente, pelo trabalho dos ACS (Alvarenga et al., 2011).

Neste estudo, os ACS demonstraram ser a única ligação com o mundo fora de casa para os idosos, pois, temporariamente, traziam novidades e o conforto de se sentirem cuidados, de acordo com as falas abaixo:

“Eu fico feliz quando a agente vem me visitar para saber da minha saúde... É muito bom.”

[A6]

“Eu gosto dos agentes! Está melhorando porque agora entrou um agente que vem, conversa... O que tiver que trazer, ele traz com mais amor. Ele fala de tudo. Eu estou contente com ele!”

[A10]

Os idosos mencionaram a importância dos ACS na relação direta entre na identificação de suas necessidades e o contato com a equipe Estratégia Saúde da Família, além da indicação para atividades de lazer.

O apoio dos ACS na identificação das necessidades dos idosos relacionados ao suporte social é um importante recurso para a apresentação das oportunidades locais do bairro e o incentivo à socialização. De acordo com Goll e colaboradores (2015), os idosos apresentavam pouco conhecimento sobre os recursos locais existentes que permitiam a sociabilização.

Muitos idosos experimentam pequenas redes de suporte social decorrentes de múltiplas perdas e por optarem pelo isolamento social voluntário e poucos laços sociais. Esses achados foram demonstrados em um estudo qualitativo,

realizado com 28 idosos, que viviam no meio rural da Columbia Britânica, Canadá, segundo o qual, as pequenas redes de apoio social refletiam complexos padrões de socialização ao longo da vida, centrada em relacionamentos com familiares mais próximos e envolvimento dos idosos em atividades solitárias. Esses arranjos indicaram um isolamento social voluntário, que eram gerenciados pela realização de atividades consideradas não sociáveis, como jardinagem e atividades domésticas. Embora uma grande rede social possa proteger os idosos contra o isolamento e a solidão, tais atividades ofereceram benefícios equivalentes (Cloutier-Fisher, Kobayashi, Smith, 2011).

A participação dos idosos em igrejas, clubes esportivos e centros de convivência é importante recurso de sociabilização, que pode reduzir o impacto vivido por perdas traumáticas em pequenas redes sociais informais e favorecer a superação desses prejuízos e a diminuição do sentimento de solidão (Cloutier-Fisher, Kobayashi, Smith, 2011).

A fala abaixo apresenta o sentimento de participação social ao descrever as atividades políticas desempenhadas em favor dos idosos:

“Quando estava no sindicato, na diretoria, eu ia para as fábricas representar os trabalhadores na empresa, quando era o ano base de aumento de salário, ia negociar com os patrões por melhores condições dentro da empresa, de salário, saúde... Eu participei de tudo isso. Agora, na Associação de Aposentados, o trabalho é praticamente o mesmo, eu já fui em 33 viagens a Brasília, a respeito de melhor aumento para o aposentado... A aposentadoria não é essas coisas... A gente faz aquela caravana com vários aposentados, representando aquela associação para ir discutir lá em Brasília... Embora eu tenha dificuldade de leitura, tenho a minha disposição de conversar, de saber, de discutir sobre aquele objetivo que está precisando no momento.”

[A9]

As narrativas apresentadas e a literatura científica ratificam que a responsabilidade do cuidado dos idosos recai sobre as famílias, que necessitam de apoio e suporte durante o processo de cuidado.

A rede de suporte social formal e informal precisa ser integrada para a melhor qualidade da assistência, sendo importante que os serviços de saúde

reconheçam e interajam com os recursos de sociabilização e de apoio disponíveis.

5.3.3 A integração dos serviços como componente potencializador da interação social dos idosos

Os idosos participantes desta investigação destacaram as dificuldades vivenciadas, diante do isolamento social, do sentimento de solidão e de improdutividade, e as relacionadas à falta de mobilidade, que acarretaram sensação de abandono pelos setores governamentais. Embora eles tenham demonstrado gratidão pelos suportes sociais formais e informais que os supriam, verificamos em suas falas que, ainda existiam lacunas sociais que precisavam ser superadas para contribuir com um envelhecimento saudável e minimizar o sentimento de abandono.

Nessa perspectiva, a experiência espanhola apresentou um sistema de atenção ao idoso continuado e integrado com os serviços de saúde e sociais, visando à recuperação global do idoso, a promoção da sua autonomia e a melhora da sua funcionalidade, conforme a situação de dependência em que se encontrava.

As modalidades de atenção aos idosos perpassam por diferentes níveis de cuidado: atenção domiciliar, que fornece apoio desde a higiene pessoal até suporte para a realização de atividades domésticas; centros dia e noite, que possuem abordagem psicossocial, aconselhamento, prevenção, reabilitação e cuidados pessoais; serviços residenciais, como lares e centros de apoio; serviços de prevenção de situações de dependência e promoção da autonomia; tele assistência, que utiliza a tecnologia de comunicação para respostas imediatas diante de situações de urgência, insegurança, solidão e isolamento, contribuindo com a permanência dos idosos em seu ambiente social; e serviços de apoio em saúde para cuidados de curta, média, longa duração e paliativos (Inst Ararteko al Parlamento Vasco, 2007; Espanha, 2012).

No Brasil, observamos um esforço para suprir as necessidades dos idosos, contudo, os recursos existentes ainda são muito limitados e não atuam de maneira integrada. As narrativas dos idosos ressaltaram a falta de serviços que favoreçam a interação social e uma melhor qualidade de vida por meio de lazer e atividade física.

A fala a seguir ratifica essas necessidades:

“O que eu acredito que deveria melhorar, eles (governantes) não podem fazer porque tem os custos... Para melhorar a vida dos idosos, só se criasse um lugar como uma creche, que não cobrasse tanto, que fosse um preço razoável... Eu acho que seria bom... Uma creche que fosse... Há muito tempo eu ouvi falar que existia um lugar onde os idosos frequentavam todos os dias... Tinham alimentação... À noite, tinha transporte para os levar às suas casas... Era muito interessante, mas, depois, nunca mais ouvi falar, desapareceu... Se tivesse um negócio desses, seria bom... Os velhos não ficariam sozinhos... Teria um lugar assim, tipo creche... Mesmo se fosse preciso pagar, mas um preço razoável... Um lugar que nem esse, onde os idosos pudessem passar o dia, ir de manhã e voltar somente à noite... Foi isso que eu escutei há dois anos... Se precisasse ter médico... pagaríamos um preço razoável para ter de tudo ali... Depois, eu sei que acabou o projeto, não ouvi falar mais... Mas isso seria muito bom se tivesse... Quando eu escutei, achei ótimo! Porque ninguém fica sozinho... Lá tinha dança, alimentação durante o dia e à noite, os idosos retornavam para casa. Sem muita despesa e sem muito trabalho. ”

[A2]

De acordo com a Política do Envelhecimento Ativo, são necessárias ações intersetoriais que estimulem a participação dos idosos em atividades culturais, espirituais e socioeconômicas. O Estatuto do Idoso destacou a atenção integral ao idoso, reafirmando os direitos à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito, convivência familiar e comunitária. Por outro lado, a PNI ressaltou a importância de um ambiente que crie condições para a promoção da autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na sociedade (Brasil, 1996, 2003; OMS, 2005; ILC-Br, 2015).

A fala de A2 acima indicou o centro dia como um recurso para o seu bem-estar, a convivência e a diminuição do sentimento de solidão e abandono. Segundo Fratezi (2015), essa modalidade de cuidado privilegia aspectos da qualidade de vida, favorece o convívio familiar, e apoia atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e a melhoria da funcionalidade, cooperando com a autonomia e a interação social do idoso.

Portanto, os centros dia são espaços que aliviam as tarefas dos cuidadores familiares e estimulam a convivência e a sociabilidade dos idosos (Lemos, Medeiros, 2011).

Um recurso importante que contribui com a participação social e atua contra o isolamento e a exclusão dos idosos é o Programa Acompanhante de Idosos, existente na cidade de São Paulo. As ações realizadas visam a estimular o autocuidado, a autonomia, a independência e a melhoria do estado de saúde, mantendo o idoso em seu meio social e reduzindo a carga de cuidado que recai sobre a família. O programa apoia os idosos por meio da realização de atividades externas, como ida ao banco, ao supermercado, à farmácia, entre outros, acompanhamento em consultas e outras atividades que proporcionem bem-estar, incentivo à participação em atividades na comunidade, auxílio no cuidado e higiene ambiental e pessoal, monitoramento do uso correto de medicações e outras atividades (São Paulo, 2013).

Os centros de convivências também são estruturas que estimulam a interação social, ao disponibilizarem atividades físicas, recreativas, culturais e de educação para a cidadania (Brasil, 1996).

Esses serviços são opções de integração para os idosos de baixo poder aquisitivo, pois têm atividades de lazer economicamente acessíveis e possibilitam a superação do isolamento social domiciliar (Ferrigno, 2011). O reconhecimento da importância da realização de atividades de lazer e físicas esteve presente nas narrativas, conforme apresentado abaixo:

“O bairro precisa de um lugar para fazer atividade. No posto de saúde tem de manhã, uma amiga minha faz alongamento... Já para mim não dá, porque não tenho como me locomover. ”

[A3]

“Eu acho que seria bom... Um lugar para as pessoas idosas terem alguma atividade de lazer... Para idosos e crianças também... Algo mais próximo da gente. Eu acho que seria bom... Se tivesse profissionais para ensinar a fazer alongamento, porque o velho precisa muito disso para poder se movimentar melhor. ”

[A4]

“Agora, faço ginástica no posto na segunda e na quarta-feira (risos)... Eu vou sozinha, vou devagarinho, mas quando chega lá, eu não aguento, tenho que descansar [...] Eles agitam o corpo da gente. Eu conheci muitas pessoas (risos).

Amanhã terá uma festinha na chácara, mas eu não conseguirei ir... Eu estou gostando... São muito atenciosos com os idosos, não tem o que falar deles ajudarem aqui e dar atenção aos velhinhos. ”

[A7]

A UBS visitada neste estudo possui um grupo de atividade física para os idosos. Entretanto, faltam ações que possibilitem o acesso ao serviço, pois, como verificamos, os idosos que apresentam limitação física não conseguem ir ou vão com muita dificuldade.

Os fatores relacionados às limitações físicas, a longa distância aos locais que fornecem atividades e a falta de conhecimento sobre as atividades realizadas contribuem com a não adesão de idosos em atividades de lazer (Peregrino, 2012).

Nessa perspectiva, a política do envelhecimento ativo precisa ser apoiada pelos serviços de saúde e sociais, visando à participação dos idosos em atividades sociais, culturais e de lazer.

Esta subcategoria apresentou que os serviços direcionados aos idosos devem atender as demandas emergidas das necessidades dessa população. Nessa perspectiva, o profissional gerontólogo possui habilidades que contribuem com a integração dos serviços de saúde e sociais, por meio de um olhar generalista das especificidades do processo de envelhecimento, cooperando com a estruturação de um sistema que engloba ações sociais e de saúde que atenda de maneira integral ao idoso.

5.4 O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SOCIAIS: FATORES DIFICULTADORES

A dificuldade de acesso aos serviços foi expressa pelos idosos em suas narrativas. A falta de acesso à medicação, às consultas médicas, aos profissionais especializados e aos serviços de transportes especiais foram os aspectos mais relatados.

O acesso aos serviços corresponde ao nível de facilidade ou dificuldade com que o indivíduo obtém os cuidados necessários para a sua saúde. O conceito de acesso é multidimensional e sua função é favorecer o cuidado, o alívio da dor e o bem-estar do indivíduo (Frenk, 1992; Travassos, Castro, 2013).

A relação entre as necessidades de saúde da população idosa e a obtenção dos cuidados necessários, pode ser avaliada de acordo com três domínios conceituais de acesso proposto por Frenk (1992): domínio restrito, que é a relação entre a procura e a entrada no serviço de saúde; domínio intermediário, conexão entre o desejo do usuário em obter cuidado de saúde e a continuidade desse cuidado; e domínio amplo, ou seja, a intermediação entre a necessidade de saúde e a continuidade do cuidado.

Ao refletirmos sobre a atenção à saúde dos idosos, enfatizamos a continuidade dos cuidados e a integração dos aspectos biopsicossociais para responder às suas necessidades, por visar à recuperação global e à promoção da autonomia (Inst Ararteko al Parlamento Vasco, 2007; Bayliss et al., 2008; Espanha, 2012).

As narrativas expressaram a dificuldade para o acesso aos serviços de saúde e sociais que favorecessem a continuidade do cuidado. A obstrução do acesso aos serviços pode ser ocasionada por barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais e culturais, o que dificulta a capacidade de utilização dos mesmos (Frenk, 1992; Travassos, Castro, 2013). A Figura 2 apresenta as barreiras de acesso encontradas pelos idosos e a sua relação com a continuidade do cuidado.

Figura 2 - O acesso e a sua relação com a atenção ao idoso, São Paulo – 2016.

Fonte: Quintans RQ, Melleiro MM. São Paulo; 2016.

Os idosos apresentavam necessidades decorrentes de fatores biopsicossociais, que implicavam em respostas específicas dos serviços sociais e de saúde. Entretanto, as barreiras de acesso acarretaram em dificuldades que prejudicaram seu estado de saúde, em decorrência de complicações ocasionadas, principalmente, pela demora no atendimento e pela impossibilidade de locomoção até o serviço.

Diante desse cenário, o estado psicológico dos idosos foi prejudicado, pois percebemos o sentimento de abandono e de tristeza vivenciados por não conseguirem o atendimento. Nessa direção, a necessidade de compra de medicamentos, de insumos e de pagamento de transporte para locomoção até os serviços afetou a renda, já limitada, dos idosos.

Sob essa ótica, classificamos as barreiras de acesso relatadas pelos idosos da seguinte maneira:

- **Financeira:** renda insuficiente para o pagamento de consultas particulares e compra de medicamentos e outros insumos não disponíveis no serviço de saúde;

Categorias culturais

- **Geográfica:** limitações físicas que impediam a locomoção ao serviço de saúde, falta de acessibilidade na cidade e distância elevada entre a residência e os serviços;
- **Organizacional:** falta de médico, dificuldade para conseguir atendimento especializado (por exemplo, com ortopedista e fisioterapeuta), falta de medicamento e tempo elevado para atendimento nos serviços especializados;
- **De informação:** a falta de conhecimento dos recursos disponíveis no SUS e na região impediu que os idosos solicitassem os seus direitos. O idoso que apresentou maior participação social e conhecimento dos seus direitos conseguiu obter acesso aos serviços, diferentemente dos demais.

Os discursos abaixo apresentam as barreiras de acesso encontradas pelos idosos participantes do estudo:

“Eu tinha uma saúde ótima até que, no ano passado, em junho, levantei com uma dor nesse joelho, fui ao hospital e fui operada. Eu tinha um cisto, mas demoraram para fazer a cirurgia, ele se alastrou e chegou até o meu osso. Estou fazendo as fisioterapias lá (hospital) até agora, porque eu demorei.”

[A4]

“Esse posto tem um médico que é uma bênção, mas ele não vence todo mundo. Tinha que ter mais médico para nós... Têm vezes que no posto não acha remédio. Precisa de remédio, médico.”

[A6]

“Os idosos daqui (bairro) são todos jogados. Precisam de apoio, de ajuda dos homens (governo). Tudo a gente precisa pagar: é uma consulta, um comprimido.”

[A8]

Os achados da pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), no ano de 2000, no Município de São Paulo, demonstraram que os principais motivos para a não utilização dos serviços por idosos foram a gravidade da doença, a automedicação, a qualidade, a distância e o custo dos serviços. A associação da

renda, escolaridade, sexo e morbidade, demonstrou baixa capacidade de utilização dos serviços de saúde (Louvison et al., 2008).

Desse modo, notamos uma relação negativa entre as barreiras financeiras e o acesso aos serviços de saúde, pois os idosos mais pobres apresentaram menor capacidade para custear as demandas não supridas pelo sistema.

O fato do bairro em que este estudo foi realizado estar localizado na periferia da cidade de São Paulo implica em resistência ao deslocamento aos serviços especializados, que são distantes da residência dos idosos.

Esses fatores apontaram para a existência de um ciclo entre a falta de acesso e o aumento das demandas requeridas pelos idosos. Nesse sentido, a falta de acesso afetou a renda, a dinâmica social e familiar, a saúde e o bem-estar desses pacientes.

Contudo, a ESF rompeu a barreira geográfica e contribuiu com o acesso aos serviços que os idosos precisavam. O fato da equipe ir à casa do idoso proporcionou melhores respostas às suas necessidades de saúde e sociais, conforme apresentado nos discursos abaixo:

“Médico particular eu nunca precisei, então o único médico que eu vou é o do posto de saúde. ”

[A1]

“Quando eu tinha consulta no posto, gastava R\$ 20,00 de táxi, agora não, porque o doutor vem aqui em casa... O doutor entrou, fiz amizade, a agente comunitária explicou o meu caso e ele vem me visitar. Eu não tenho como frequentar o posto... Eu não tenho.”

[A3]

“Os problemas de saúde... Eu estava com catarata, o doutor do posto encaminhou-me para o hospital... Fiz a cirurgia há quatro anos... No mês de fevereiro, realizei a cirurgia na outra vista, graças a Deus... Fizeram esses óculos para mim, que custaram quase R\$ 1000, estou pagando R\$ 133 por mês. Recebo e tenho que pagar, não fica nada para eu comer, não sobra nada...”

[A7]

“Eu não tenho convênio, é só o SUS (Sistema Único de Saúde). Nesse

ano que passou, eu fiz cinco cirurgias. Operei as duas vistas da catarata, depois me encaminharam para fazer o laser na vista duas vezes, para voltar a enxergar melhor. Eu fiz plástica em cima do olho porque a pele estava muito grande.”

[A9]

Para Albuquerque e Bosi (2009), a visita domiciliar foi uma via para a garantia de direitos e facilitou o acesso ao tratamento e técnicas de diagnóstico.

Por conseguinte, a ESF foi um fator importante que contribuiu com o acesso a alguns recursos necessários aos idosos. O atendimento domiciliar rompeu as barreiras que impediam o acompanhamento e a integração social.

Nesta categoria, observamos a necessidade de ações que intervenham diretamente nas barreiras que impossibilitam o acesso dos idosos aos serviços necessários. As barreiras afetaram o acesso aos diferentes níveis de atenção, violando aos princípios do SUS e dos Direitos Humanos, pois influenciaram no padrão de vida, na garantia da saúde e bem-estar desses idosos.

5.5 A AVALIAÇÃO DO SERVIÇO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os idosos avaliaram o atendimento recebido pela equipe ESF, assim como a integração desse serviço na rede de saúde e a obtenção do acesso à assistência para suprir as suas necessidades e expectativas.

Segundo Pertence e Melleiro (2010), a qualidade do serviço está relacionada com o alto padrão da assistência e objetiva responder às expectativas e às necessidades do paciente.

Nessa direção, estruturamos essa categoria de acordo com o referencial teórico de Donabedian (1992), segundo o qual a avaliação do serviço é estabelecida por meio da análise dos componentes estrutura, processo e resultado.

A Figura 3 apresenta a relação desse conceito com as perspectivas dos idosos entrevistados.

Figura 3 - Avaliação do serviço baseada na perspectiva dos idosos, São Paulo – 2016.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE	ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
ESTRUTURA	Presença do médico, enfermeiro e ACS	Falta de médico Rotatividade de médico Falta de medicamentos
PROCESSO	ACS - levantamento e identificação das necessidades do idoso; comunicação com a equipe e o serviço; encaminhamento para os grupos apoio ao usuário Equipe médica - atendimento humanizado; encaminhamento dentro da rede de atenção à saúde; consulta domiciliar; solicitação de exames; prescrição de medicamentos Equipe de enfermagem - consulta domiciliar; realização de procedimentos Equipe da farmácia - orientação sobre o horário da medicação	Longos períodos entre as visitas realizadas pela equipe Tempo de espera elevado
RESULTADO	Melhora do quadro clínico Satisfação do usuário	Piora do quadro clínico Insatisfação do usuário

↓

Acesso aos serviços
Economia financeira
Participação social

↓

Efeito do jaleco branco
Diminuição da renda
Isolamento social

Fonte: Quintans RQ, Melleiro MM. São Paulo; 2016.

A avaliação positiva do serviço esteve associada à presença da equipe no atendimento domiciliar. De acordo com as narrativas, o ACS foi considerado um facilitador do acesso aos serviços necessários e integrador da comunicação entre o usuário, a equipe e a UBS. De acordo com as narrativas, foi esse profissional quem levou o psicólogo, o médico e o enfermeiro à residência do idoso, como também o encaminhou ao grupo de ginástica na UBS.

Conforme as atribuições dessa categoria, descritas na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012b), o ACS deve desenvolver ações educativas e o acompanhamento do usuário, visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças, assim como a integração entre a equipe e a população. Nesse contexto, o vínculo criado com os idosos estabeleceu uma relação afetiva e de confiança.

A presença da equipe médica esteve relacionada ao cuidado humanizado, ao encaminhamento aos serviços da rede de atenção à saúde e à prescrição de exames e medicamentos.

Neste estudo, o cuidado humanizado foi relacionado à escuta do

profissional. Estudo qualitativo conduzido por Albuquerque e Bosi (2009) com 21 usuários da ESF apontou a necessidade de definições de práticas humanizadas no serviço que reflitam o respeito aos pacientes.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), esta é compreendida como a valorização dos indivíduos, respeitando as diferenças existentes. Isso implica no processo de produção de saúde, que é norteado pela produção de autonomia e de protagonismo, de vínculos solidários e de participação coletiva nas ações de saúde (Brasil, 2009).

Nessa perspectiva, o médico deve fornecer uma atenção integral aos usuários e as famílias, realizar consultas clínicas em domicílio e encaminhar o paciente a outros serviços, quando necessário. Além disso, precisa acompanhar todo o plano terapêutico dos pacientes (Brasil, 2012b).

Com base nos discursos dos idosos, a atenção domiciliar àqueles com dificuldade de locomoção contribuiu com a economia financeira, pois evitou gastos com transportes. Os encaminhamentos realizados a outros serviços favoreceram o acesso, entretanto, o tempo de espera elevado para consultas com especialistas dentro da rede de atenção afetou a continuidade do cuidado desses idosos.

O funcionamento precário da rede de atenção à saúde ocasionou a piora do quadro clínico desses usuários. Por mais abrangente que seja o acompanhamento e as respostas efetivadas da ESF, o serviço possui limitações que devem ser respaldados por outros dentro da rede de atenção.

A narrativa a seguir destacou a importância da visita domiciliar realizada pela equipe de saúde:

“Os idosos do bairro têm que ter tudo. Tratamento... Não vou falar do posto de saúde porque pelo menos vem aqui (casa)... Eu tenho médico, graças a Deus! Somos cuidados direitinho, os médicos têm cuidado. Quando o médico não vem, as enfermeiras vêm aplicar injeção, coisas assim... E assim está indo... Eu estou sendo tratado e cuidado.”

[A4]

A Rede de Atenção à Saúde é uma estratégia para a efetivação do cuidado integrado e compõe as estratégias da PNH. Nela, os diferentes serviços e configurações tecnológicas devem se articular de maneira complementar (Brasil,

2009, 2012a, 2012b; Righi, 2010). Para os participantes desta pesquisa, as visitas de enfermagem foram associadas ao atendimento domiciliar e aos processos de cuidado, como aplicação de vacina, aferição de pressão arterial e curativos.

O enfermeiro é responsável pela realização da consulta de enfermagem, procedimentos e realização de atividades em grupo. Esse profissional planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos ACS em parceria com outros membros da equipe. Juntamente com médico, deve participar do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da UBS. Os técnicos de enfermagem têm como atribuição a realização dos procedimentos regulamentados no exercício da profissão e a participação nas atividades de assistência básica e de educação (Brasil, 2012b). O discurso abaixo apresentou uma ação realizada pela equipe de enfermagem.

“Tem o posto de saúde, que o médico e as enfermeiras sempre vêm tirar sangue, cuidar da gente em casa. Eu acho o pessoal do posto muito bom.”

[A5]

De acordo com as narrativas, a equipe da farmácia orientou os idosos sobre os horários da ingestão dos medicamentos. No âmbito local, a farmácia deve atuar em relação à orientação dos usuários (São Paulo, 2013). A narrativa a seguir apresenta esse dado:

“As moças do posto deixaram tudo marcadinho o horário de tomar o remédio...”

[A7]

A avaliação negativa não esteve relacionada apenas ao serviço ESF, mas também ao acesso à rede de atenção à saúde. Os fatores negativos foram relacionados à rotatividade e à falta de médico, à indisponibilidade de medicamentos, ao tempo de espera elevado para atendimento na UBS e em outros serviços da rede de atenção.

Esses fatores contribuíram com a piora do quadro clínico dos idosos e o aumento das limitações físicas, o isolamento social e a insatisfação com o serviço. O histórico desfavorável de atendimento dentro da rede de atenção à saúde contribuiu

com o medo de ser atendido por profissionais médicos.

A necessidade da compra de medicamentos e pagamento de consultas e procedimentos especializados afetaram a renda dos idosos. Além disso, os entrevistados ressaltaram a ansiedade diante da possibilidade da perda do atendimento do médico da ESF, pois, de acordo com os discursos apresentados abaixo, é comum a rotatividade desses profissionais.

“Eu acho que é preciso mais atenção aos idosos, mais atenção dos prefeitos, dos políticos, dos chefes de posto de saúde... Porque, às vezes, não tem nem médico nos postos, muito médico que pedimos, às vezes, não tem. Nós vamos ao posto e não tem todos os remédios... No caso de um remédio que custa alto, não tem, e você tem que comprar... A maioria dos remédios tem que comprar, é difícil encontrar remédio no posto para mim... Eu tomo bastante remédio.”

[A2]

“Agora estou passando no posto, o médico é muito bom, muito atencioso... Graças a Deus que mandou esse médico. Tomara a Deus que ele fique, porque quando chega um médico bom, logo vai embora. Tomara a Deus que ele fique, porque ele é muito bom, a gente está gostando muito dele.”

[A7]

“Eu não sei sobre a Estratégia Saúde da Família. Eu mesma não sei. Porque elas vêm aqui e não fazem nada. Faz de conta que não... Uma vez na vida, uma vez por mês, uma vez por ano. Não vêm todo dia para ver as pessoas que estão sofrendo.”

[A8]

“Eu tenho medo de médico agora. Eu tenho um medo de médico, eu tomei um pavor de médico, tomei tanta injeção, tanta injeção, até no osso da perna, porque não achava mais a veia em mim.”

[A10]

Os serviços de atenção aos idosos devem respeitar as limitações e as diversidades sociais que essa população possui. A rede de atenção à saúde deve estar preparada para atender a população idosa, que possuem necessidades de respostas a problemas multifacetados (Piccini et al., 2006).

As pessoas que possuem baixa renda e que vivem em comunidades pobres ou marginalizadas apresentam piores acessos aos cuidados de saúde (Cesare et al., 2013).

Diante desses fatores, destacamos que o acesso adequado aos serviços de saúde pela população idosa proporciona melhores condições de cuidados, sendo importante a integração entre os serviços de saúde e sociais para suprir as demandas emergidas das necessidades específicas dos idosos para promover melhoria e manutenção da capacidade funcional.

Nesta categoria, observamos a importância do cuidado em saúde na comunidade para a população idosa, seja em domicílio ou no serviço formal.

CAPÍTULO 6

*Análise interpretativa à luz do
referencial teórico*

A análise interpretativa dos achados deste estudo nos remeteu ao constructo Resiliência e os conceitos apresentados na política do EA.

O estudo sobre as necessidades de saúde de idosos atendidos pelo serviço ESF, direcionou-nos a diferentes temáticas de âmbito biopsicossociais que foram discutidas nas categorias culturais.

Os idosos desacatarem em suas narrativas a percepção sobre fatores relacionados ao enfrentamento do processo de envelhecimento e velhice, violência, isolamento social, dificuldade de acesso aos recursos e serviços e a interação com as redes de suporte social.

Esses achados demonstraram as dificuldades vivenciadas pelos idosos para o enfrentamento das problemáticas, decorrentes das condições de saúde, dos recursos financeiros, da falta de continuidade do cuidado no sistema de saúde e social e das relações interpessoais.

Lavrestsky (2014) ratificou a importância do direcionamento da atenção dos profissionais e pesquisadores sobre as variáveis ambientais e biopsicossociais presentes no processo de envelhecimento.

Nessa perspectiva, discorreremos acerca do modelo relacional entre o indivíduo e o contexto na resiliência apresentado por Lerner e colaboradores (2012), associando com os achados desta investigação, com o intuito de evidenciar e compreender as experiências dos participantes.

O conceito de resiliência é multidimensional e engloba fatores de riscos, proteção e processos adaptativos do indivíduo frente às adversidades vivenciadas na trajetória de vida (Lavrestsky, 2014).

A literatura internacional apresentou os avanços de pesquisas sobre resiliência no âmbito do envelhecimento, que abordaram temáticas sobre longevidade, envelhecimento bem-sucedido, espiritualidade, sabedoria, prevenção, recuperação de doenças e incapacidades (Lavrestsky, 2014; Fontes, Neri, 2015).

Apesar dos progressos no âmbito científico, ainda não há um consenso sobre o constructo de resiliência na perspectiva do envelhecimento, que pode ser interpretado como um processo dinâmico ou uma característica de personalidade do indivíduo (Richardson, 2002; Lavrestsky, 2014; Fontes, Neri, 2015).

Richardson (2002) apresentou o modelo da resiliência inata ao indivíduo, representado pela ativação de forças internas, como bem-estar subjetivo, autodeterminação, fé, sabedoria, autocontrole, autorrealização e criatividade, para o

enfrentamento e a recuperação de situações adversas.

A literatura também destacou a resiliência como um processo de homeostase biopsicoespiritual, caracterizada por um estado de adaptação do corpo, da mente e do espírito para o enfrentamento de um conjunto de circunstâncias boas ou ruins. Esse processo sofre interferências internas e externas ao indivíduo e exige o rompimento, a prontidão, a reintegração e as escolhas que procedem à homeostase. Os resultados dessas ações podem acarretar em crescimento, autoconhecimento e o aumento de forças resilientes (Richardson, 2002).

Contudo, ao analisarmos a resiliência apenas como um fator inerente do indivíduo, excluímos a interação com o ambiente, reduzindo esse conceito, uma vez que a interação indivíduo-contexto influencia no processo de adaptação e enfrentamento de adversidades.

De uma maneira ampla, a resiliência humana é multidimensional e compreendida como a capacidade de manutenção da homeostase biológica e psicológica frente ao estresse, no sentido de encontrar ligações positivas para a saúde do indivíduo, que variam conforme o contexto, a idade, o sexo e a cultura (Lavretsky, 2014).

Segundo a abordagem psicológica, a resiliência é a capacidade de adaptação do indivíduo para se recuperar da exposição de efeitos estressores externos e internos de forma positiva, para evitar dessa maneira, o ajustamento psicológico negativo (Lavretsky, 2014; Neri, 2014; Fontes, Neri, 2015).

Na perspectiva do envelhecimento, a resiliência engloba adaptações associadas à senescência, como, também, estratégias para a superação de dificuldades e o desenvolvimento de processos que contribuem com a longevidade e o bem-estar físico e mental (Lavretsky, 2014).

Fontes e Neri (2015) e Lavrestsky (2014) ressaltaram a importância de elementos dinâmicos presentes no processo de resiliência na velhice, no âmbito do *self*, como o autoconceito, a autoestima e a regulação emocional, e também fatores sociais, como suporte familiar, social e da comunidade. Nessa direção, as pesquisadoras destacaram a interação de fatores individuais e de determinantes do meio no processo de resiliência.

A resiliência para o idoso é um elemento de proteção de riscos, perdas e ameaças conexas à adaptação, assim como a manutenção do bem-estar, do senso de ajustamento, da motivação para o desenvolvimento de atividades e do

engajamento social (Fontes, Neri, 2015).

Portanto, a resiliência faz parte do esforço para favorecer a melhor qualidade de vida e a independência. No âmbito da gerontologia, esse processo pode estar relacionado tanto a fatores negativos, como o estresse do cuidador, o declínio da saúde, a dependência e as dificuldades financeiras, como a aspectos positivos, como o desenvolvimento de forças de enfrentamento, a sabedoria, a capacidade e o domínio frente à situação vivenciada (Lavretsky, 2014).

A população idosa apresenta fatores de riscos que aumentam a probabilidade de desfechos indesejáveis, como eventos negativos que incluem a morte de cônjuge, de amigos, o declínio da saúde, a desvalorização e a discriminação social e as dificuldades financeiras (Neri, 2014; Lavretsky, 2014).

Os idosos participantes desta pesquisa apresentavam riscos que interferem no processo de resiliência, como a falta de acesso aos recursos necessários para o suprimento de suas necessidades sociais e de saúde, que estiveram relacionados ao baixo poder econômico, apoio social e o isolamento. Esses fatores resultaram em piora do quadro clínico, como também, em sentimento de impotência frente às dificuldades encontradas.

As narrativas abaixo apresentam as dificuldades encontradas pelos idosos decorrentes da falta de recurso financeiro:

" Demorou um ano e um mês para eu consegui fazer o exame, particular seria R\$ 250,00, mas o meu dinheiro não sobrava... A consulta demorou seis meses."

[A3]

"Eu e a minha cunhada nessa condição, nós não podemos ir até lá (Unidade Básica de Saúde), porque é uma condução para ir e a gente não tem."

[A4]

A população idosa possui maiores riscos de dependência, que quando associados à falta de acesso aos serviços e de oportunidades sociais e educacionais ao longo da vida, contribuem para a maior vulnerabilidade e riscos sociais (Neri, 2014; Lavretsky, 2014).

A resiliência na velhice envolve o conceito de riscos acumulados, que

moderam os efeitos de vulnerabilidades, pois a experiência de fracassos e a falta de controle dos eventos negativos da vida favorecem o baixo desenvolvimento de senso de controle e a impossibilidade de realização de escolhas (Neri, 2014; Lavretsky, 2014).

Essa interação entre riscos e adversidades encontradas durante a trajetória de vida contribuem com os resultados globais da resiliência em idosos. Nesse sentido, destacamos os fatores de proteção, que são do tipo ambientais ou individuais, que moderam os efeitos dos riscos e vulnerabilidades a que os idosos estão expostos, contribuindo dessa maneira, com a adaptação positiva (Neri, 2014; Lavretsky, 2014).

Os fatores protetores incluem diversos atributos de âmbito individual, por exemplo, traço de personalidade, autoestima, autoeficácia, reserva emocional e cognitiva, satisfação com a vida, espiritualidade, aprendizagem ao longo da vida, relações interpessoais, presença de suporte social, material, emocional, espiritual e mental, e ambientes protetores, seguros e confortáveis (Richardson, 2002; Neri, 2014; Lavretsky, 2014).

A espiritualidade é um recurso protetor que aumenta a resiliência individual ao estresse, melhorando o bem-estar (Lavretsky, 2014). Os idosos, durante as entrevistas, afirmaram que a fé em Deus auxilia na superação das suas adversidades, de acordo com a narrativa abaixo:

"A gente quer viver... Morrer a gente não quer, a gente quer ficar velho. Tem que pedir a Deus força... Vai ficando velho, a cada dia sabemos que estamos ficando perto da morte. A cada dia a gente está envelhecendo mais, está mais velho... A gente não pode falar assim, que espera a morte. A gente espera a morte, porque ela é certa! Mas tem que confiar em Deus e pedir vida e saúde, é o que eu penso! Que o senhor Jesus me dê saúde! Espero que o senhor Jesus me dê força, vida e saúde. Eu não posso me entregar e ficar em cima de uma cama, porque isso é triste, você ficar esperando pelos outros, isso é uma coisa muito triste. Deus me dá força! "

[A7]

Esses fatores protetores cooperam com as adaptações positivas dos idosos e podem favorecer o bem-estar subjetivo, a satisfação, a ausência de

depressão e a adaptação às condições crônicas (Richardson, 2002; Neri, 2014; Lavretsky, 2014).

Os idosos ressaltaram a visão negativa frente ao processo de envelhecimento, que foi associada à dependência e à perda de prestígio social.

Nessa direção, é importante salientar que muitos idosos podem acumular, em suas trajetórias de vida, condições negativas que impõem um desafio para a capacidade de adaptação, o que afeta a qualidade de vida desse grupo etário (Lavretsky, 2014).

Os idosos participantes deste estudo ressaltaram a falta de perspectiva de futuro, tendo a expectativa apenas de vivenciar cada vez mais perdas. As narrativas abaixo destacaram essas percepções:

“Graças a Deus, tudo bem, melhor do que isso estraga” (risos). Com a idade que estou vou esperar o que mais? Esperar o quê? Esperar, é que nem eu falei agora há pouco, o único esperar... A esperança que tenho é dormir e não acordar.”

[A1]

“Meu futuro é complicado... No futuro, o que resta para mim nesta idade? Meu sobrinho diz para eu comprar uma televisão, um aparelho de som... Mas na minha idade? Comprar essas coisas agora é besteira... O que eu espero do futuro... Cada vez menos... Menos... No futuro, eu irei perder as minhas atividades, já perdi um pouco... Forças para reagir, para fazer o que faço por mim mesma... Eu acho que no futuro vai ser bem pior.”

[A2]

Ao refletirmos sobre as categorias culturais, observamos o impacto da interação dos idosos com o contexto em que estão inseridos. Diante das diferentes perspectivas de abordagem da resiliência, assim como os múltiplos fatores que interferem no processo de envelhecimento, remetemo-nos ao modelo apresentado por Lerner e colaboradores (2010), que avaliaram esse processo de resiliência na perspectiva de tempo, atribuindo-lhe significado relacional e evolutivo.

De acordo com esse referencial teórico, a resiliência envolve relações de benefícios adaptativos entre o indivíduo e os recursos do ambiente. Essa conexão

Análise interpretativa à luz do referencial teórico

envolve o ajustamento no contexto de desafios ou a manutenção do funcionamento apropriado para o alcance da saúde. Portanto, a resiliência foi caracterizada como um atributo do desenvolvimento humano positivo, alcançada por meio de relações adaptativas entre o indivíduo e o contexto (Lerner et al., 2012).

Esse modelo considera que a resiliência seja abordada por meio dos processos existentes entre a interação do indivíduo, do ambiente e o tempo, ampliando o foco do contexto vivenciado pelo idoso. A Figura 4 abaixo retrata a citada dinâmica.

Figura 4 - Modelo relacional entre o indivíduo e o contexto na resiliência, São Paulo – 2016.

Fonte: Adaptado de Lerner et al., 2012.

Notamos que esse modelo inclui os elementos clássicos abordados pela literatura sobre a resiliência. Segundo essa proposta, podemos afirmar que o indivíduo não possui resiliência por si só, assim como o ambiente (Lerner et al., 2012).

Logo, a resiliência, depende da relação indivíduo-ambiente, um atributo dinâmico e integrado, que ocorre em diversos níveis, pois considera as ações que podem manter a qualidade dessa estrutura, como a relação com a família, a

educação e o sistema de saúde (Lerner et al., 2012).

Os recursos pessoais incluem a autorregulação intencional, que refletem as ações do indivíduo pertinentes à resiliência, assim como a autorregulação do organismo. Nesse contexto, podemos citar as características cognitivas, a emoção, o temperamento, a espiritualidade e entre outros (Lerner et al., 2012).

A narrativa a seguir apresenta o sentimento do idoso frente a dependência:

“Os problemas chegaram todos de uma vez, mas estou contente, fazer o quê... Eu estou sentindo porque não posso andar... Mas como se diz, estou contente porque venci minha idade!”

[A5]

“Eu sempre quis ficar velha... Se eu estivesse com a saúde que tive até os meus 64 anos e alguns meses, estaria ótima. Não tenho nada que reclamar da minha velhice, porque sempre fui uma pessoa que nunca me preocupei em ficar velha. Eu achava que era uma bênção de Deus. Hoje em dia, as pessoas não chegam nem aos 40 e eu cheguei aos meus 65 anos. Agora que eu estou doente, mas isso eu tenho mais que agradecer a Deus do que pedir para Ele, porque eu tive saúde mesmo.”

[A4]

“Envelhecer para mim... Tem gente que leva a sério. Eu não levo a sério, porque a gente sabe que todo mundo tem um começo, meio e fim. E a gente tem que se conformar com tudo o que Deus fez, não pode desmanchar nada do que Ele fez.”

[A9]

Os recursos ambientais incluem as redes sociais e o acesso aos recursos necessários. Nesse cenário, consideramos as relações com a família e a comunidade, a participação social, as políticas públicas existentes e o contexto histórico (Lerner et al., 2012).

Contudo, destacamos que, ao analisarmos a relação ambiental, também devemos considerar as interações e transições em ambientes mais distantes, que

muitas vezes, não fazem parte do contexto direto da vida do idoso.

Ao observarmos os recursos ambientais dos idosos deste estudo, salientamos as barreiras de acesso aos serviços, à importância das redes de suporte social formal e informal, assim como a ESF no cotidiano desses participantes.

A narrativa a seguir destacou a importância do cuidado informal durante período de dependência física:

“As minhas filhas que me ajudam! Tenho duas filhas. Elas são tudo! Elas levam-me para lá, para cá (Demonstra emoção, tristeza) (pausa). A minha filha largou o casamento de lado, o tempo que fiquei no hospital, ela ficava, um ano e pouco ela ficou no hospital [Demonstra emoção, tristeza]. Todos os dias. Quando não era uma, era a outra, que na época tinha um nenenzinho, ela largava o neném com o marido... Eu nem tenho o que falar, só agradecer a Deus e pedir para dar muita saúde a elas. ”

[A10]

As interações indivíduo-ambiente refletem no desenvolvimento humano positivo e interfere na confiança, no caráter, nas competências desenvolvidas e na qualidade das conexões sociais e de cuidados (Lerner et al., 2012).

Por sua vez, afetam a qualidade das contribuições do indivíduo na sociedade, as quais podem ser positivas ou negativas. As trocas existentes podem promover saúde e refletir no processo de resiliência (Lerner et al., 2012).

Todas as interações apresentadas variam de acordo com a trajetória de vida, portanto, é importante o desenvolvimento de ações que favoreçam a oportunidade de acesso e que contribuam com a manutenção da saúde e as relações positivas, de maneira que atendam às necessidades dos idosos. Os componentes presentes nas categorias culturais se relacionaram de forma direta e indireta com aqueles descritos no modelo de Lerner e colaboradores (2012).

A percepção do envelhecimento e da velhice interferiu, mediante as narrativas dos idosos, na maneira como estes enfrentavam as questões relacionadas a esse processo, desde os cuidados em saúde até a participação social. As mudanças que ocorreram no âmbito social interferiram no processo de adaptação das transformações decorrentes do processo de envelhecimento, como as alterações dos papéis sociais.

Análise interpretativa à luz do referencial teórico

O envelhecimento foi associado à doença, ao declínio, ao isolamento, ao abandono e aos maus-tratos, sendo avaliado como uma ameaça à dinâmica social. As falas destacadas a seguir apontaram a relação do o envelhecimento ao declínio:

“Mas sabe o que é também? É a idade. Quando a idade chega, os problemas vão aparecendo. Eu era muito forte quando novo, eu não tinha medo de nada. Qualquer coisa estava boa para mim... A gente venceu a idade e quando chega a idade que venceu, os problemas ficam aparecendo.... Às vezes, fico apavorado. ”

[A5]

“O tempo vai passando, a memória vai surgindo, vai aprendendo... Quando chega a certas alturas, que nem eu, já estou com 71 anos... Daqui mais quatro ou cinco anos, será que estarei conversando igual agora? Será que terei condições de falar a mesma coisa? Só quem sabe é o tempo. ”

[A9]

Essa visão resultou em situações de violência, seja no âmbito familiar, institucional ou social. Muitos desses abusos podem ser observados com certa naturalidade, provocando sofrimentos, depressão, falta de esperança e medo. A violência ao idoso pode ser decorrente de ações ou omissões que prejudicam a sua integridade física e/ou emocional.

O ostracismo social é uma forma de violência que impediu ao idoso vivenciar oportunidades para a obtenção de relações sociais positivas e o engajamento na sociedade. Dessa maneira, favoreceu o sentimento de solidão que esteve associada às más condições de saúde, à diminuição da capacidade funcional e à depressão.

“Para dizer a verdade, por ficar aqui sozinha, eu já procurei casas de repouso. Lá, pelo menos, existem outras pessoas com quem eu possa me comunicar. ”

[A2]

A boa articulação e a manutenção da rede de suporte social, formal e

informal, são mecanismos de proteção ao idoso, contribuindo com o enfrentamento de eventos estressores, a autonomia e a independência.

O acesso aos serviços de saúde e sociais de maneira integrada contribui com o cuidado, o alívio da dor e o bem-estar. É imprescindível que os serviços estejam preparados para atender as necessidades da população idosa, para contribuir com a saúde global e a promoção da autonomia.

A integração dos atributos apresentados resultou na avaliação do serviço, que dependeram das respostas às necessidades apresentadas pelos idosos, em tempo adequado.

Diante desses achados, não podemos excluir a trajetória de vida dos idosos, que também interferiram no momento atual vivenciado, logo, as crenças, os valores, o histórico de vida e os hábitos devem ser considerados nesse modelo relacional entre o idoso e o contexto na resiliência.

Nessa perspectiva, é necessário o incentivo a ações que visem à manutenção da capacidade funcional e cognitiva dos idosos, para, assim, contribuir com a qualidade de vida.

Os fatores que envolvem o processo de resiliência devem ser considerados durante todo o curso de vida, para favorecer o maior tempo possível de vida saudável e independente, conforme preconizado pela Política do EA.

O EA visa melhorar a qualidade de vida e favorecer o maior período de vida saudável e com independência, por meio da otimização de oportunidades de saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança/proteção (ILC-BR, 2015).

A Figura 5 apresenta a relação do EA com as categorias culturais encontradas nesta pesquisa.

Figura 5- O Envelhecimento Ativo aplicado às categorias culturais, São Paulo – 2016.

Fonte: Adaptado de WHO, 2005; ILC-BR, 2015.

O primeiro pilar objetiva melhorar e favorecer o acesso à saúde. A resposta ideal do EA é uma vida longa, com condições de saúde favoráveis e independente (ILC-BR, 2015). Como verificamos nas categorias culturais apresentadas, o problema da dependência afetou a participação social desses idosos e interferiu nas questões financeiras e também no acesso aos serviços necessários.

O acesso aos serviços e à informação é um importante recurso que coopera com o bem-estar dos idosos, favorecendo a participação e a proteção social (ILC-BR, 2015). As barreiras de acesso relatadas pelos idosos contribuíram com a piora da situação de saúde, em decorrência do tempo de espera elevado para o recebimento do atendimento necessário e da impossibilidade de locomoção até o serviço.

A fala a seguir apresenta o tempo elevado para obtenção de acesso aos serviços necessários:

“ Eu não tenho nada para falar do “Atende” em relação ao modo como sou tratada, eles são ótimos... Eles nos tratam com muita delicadeza, muito bom. É a demora, a demora de vir atender. Porque eu fiquei sete meses esperando e era uma coisa que eu não podia esperar tanto. Porque o meu problema ia atrofiando, como atrofiou... Se fossem mais rápidas as coisas. ”

[A4]

A aprendizagem ao longo da vida possibilita oportunidades para melhores condições de saúde, acesso aos serviços e incorporação dos direitos. Por meio do conhecimento, o idoso adquire ferramentas para o engajamento e a participação social, desenvolvendo habilidades para a educação tecnológica, financeira e de saúde (ILC-BR, 2015). O idoso que participava de ações sociais tinha maior percepção dos seus direitos.

A participação engloba os aspectos de âmbito social, cívico, recreativo, cultural ou espiritual que favorecem o sentimento de pertencimento, de valorização e de realização (ILC-BR, 2015). Nós observamos nas categorias culturais que a falta de engajamento social e de acesso à informação esteve associada à violência, falta de perspectiva, isolamento social e diminuição da mobilidade, o que condicionou a piora das condições de saúde.

Esses fatores aumentaram a sensação de desproteção. O pilar segurança/proteção ressalta a importância da proteção social e ambiental, que possibilita melhores condições de saúde física e mental, assim como a participação social (ILC-BR, 2015).

Os idosos revelaram a falta da segurança financeira e de acesso aos serviços de saúde, o que resultou em situações de violência familiar e institucional. A violência institucional pode ser avaliada por meio das barreiras de acesso, que impediram o atendimento necessário no tempo adequado, ocasionando piora do quadro clínico.

As narrativas abaixo exemplificam a violência financeira sofrida por idosos no âmbito familiar e formal:

“Ela me chamou de “velha coroca” e disse que já estou perto de morrer, mas não estou ruim, e o dinheiro é meu. Eu fiz uma caixinha e coloquei uma chave, porque uma sujeita que mora aí queria o dinheiro só para ela. Teve um dia que

passsei mal e fui para o hospital e elas entraram aqui e pegaram o meu cartão. Quando cheguei e fui procurá-lo, não encontrei, quase endoido... Negaram que tinham pegado o cartão... Precisei tirar outro. ”

[A8]

“Nas condições exigidas, não dá para mim. Não dá, porque em todas as casas de repouso que eu já procurei, pergunto o que precisam da gente... São os documentos e o cartão do benefício. Eu falei: “ganha o quanto ganhar, fica na mão de vocês”? Eles falam que isso é necessário, porque a gente não vai precisar, lá terá remédio, médico, roupa, comida e tudo. Por quê? Por que eles (casa de repouso) querem ficar com o dinheiro? Então, eu não aceito, não dá! ”

[A2]

Nessa perspectiva, é importante favorecer oportunidades que potencializem o bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a vida, atuando, assim, sobre os determinantes do EA.

Esses determinantes podem ser de âmbito transversal, como a cultura e o gênero, que são moldados durante toda a trajetória de vida do indivíduo; contextuais, que são representados pelo ambiente físico e os fatores sociais, econômico e de saúde; e individuais, como os comportamentos pessoais. Eles interagem de forma dinâmica e independente durante o curso de vida do indivíduo (ILC-BR, 2015).

Conforme apresentado na Figura 6 a seguir, podemos verificar a relação entre esses determinantes e os fatores apresentados pelas categorias culturais.

Figura 6- Relação entre as categorias culturais e os determinantes do Envelhecimento Ativo, São Paulo – 2016.

Fonte: Fonte: Adaptado de WHO, 2005; ILC-BR, 2015.

A cultura influencia todos os aspectos relacionados à vida do indivíduo, como a percepção diante dos papéis sociais, o que refletiu no significado elaborado pelos idosos frente ao processo de envelhecimento e velhice (ILC-BR, 2015).

As expectativas em relação ao gênero interferem nas oportunidades e riscos para o EA, o que pode ser ilustrado pela questão da feminização da velhice, que indica que as mulheres apresentam maior probabilidade de ficarem sozinhas e pobres na velhice (ILC-BR, 2015).

Os determinantes comportamentais relacionados aos hábitos de vida saudáveis diminuem o risco de mortalidade, comorbidades e incapacidade. Em contrapartida, os fatores psicológicos estão relacionados à resiliência ao longo da vida e os biológicos à suscetibilidade de doenças hereditárias (ILC-BR, 2015).

Os ambientes amigáveis aos idosos contribuem com a segurança, a mobilidade e a participação social, evitando situações de exclusão, isolamento social e solidão. Esses ambientes favorecem a independência, reduzem a ansiedade, a

solidão, a tristeza e as queixas de saúde, pois são ajustados conforme as limitações dos idosos, possibilitando o senso de controle e de pertencimento (Prado, Perracini, 2007).

Os suportes sociais contribuem com o apoio emocional e de cuidado, que, na maioria das situações, é desempenhado por familiares. O aprendizado ao longo da vida rompe barreiras de informação, contribui com o bem-estar e a participação social e é um importante recurso de proteção aos idosos, evitando o isolamento social e situações de violência (ILC-BR, 2015).

Diante desse cenário, a exclusão dos idosos de ações que contribuem com o desenvolvimento humano favorece o aumento de doenças, da pobreza, negligência e de abusos (ILC-BR, 2015).

Diante dessas considerações, verificamos que são necessárias, durante o processo de envelhecimento e na velhice, a estruturação de ações que priorizem a prevenção de agravos, a capacidade funcional, o acesso aos serviços necessários, a prevenção de violência, o aprendizado ao longo da vida, a segurança, a participação social e o desenvolvimento de ambientes amigáveis.

Assim, nós acreditamos que o envelhecimento com saúde e qualidade de vida seja possível, por meio do incentivo da interação de determinantes que favoreçam a produção de respostas protetoras ao idoso e que somente por meio da escuta dessa população e pelo conhecimento de suas necessidades é que alcançaremos a promoção de um envelhecimento ativo.

CAPÍTULO 7

Perspectivas e desafios frente à saúde do idoso

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou-nos compreender as necessidades dos idosos atendidos pela ESF da região Leste da cidade de São Paulo.

Os dados apresentados apontaram que as necessidades dos idosos englobaram questões de âmbito biopsicossociais, ressaltando a complexidade que envolve a atenção à saúde do idoso.

Esses achados convergiram com a perspectiva de necessidades apresentada por Campos e Bataiero (2007), que ressaltaram que as ações de resposta às necessidades devem recair sobre os determinantes sociais e não apenas sobre as doenças.

A proposta do EA destacou que no âmbito do envelhecimento esses determinantes são do tipo: cultural, de gênero, ambientais, sociais, econômicos, de saúde e individuais (ILC-BR, 2015). Esses determinantes ratificam a complexidade que envolve a atenção ao idoso, necessitando da participação conjunta entre governo, serviços (públicos, privados e filantrópicos) e da população.

Os princípios básicos do SUS de equidade, universalidade e integralidade afirmam o direito de acesso aos serviços públicos de saúde por todos os cidadãos, sem privilégios e de maneira integral (Brasil, 1990). Entretanto, nas narrativas dos participantes verificamos a problemática da falta de acesso aos serviços de saúde, que influenciou negativamente as condições de saúde, econômicas e psicológicas dos idosos.

Diante desses fatores, a Figura 7 a seguir, apresenta possíveis ações na perspectiva do envelhecimento, no âmbito da macrogestão, mesogestão e microgestão, fundamentadas nos dados apresentados pelas categorias culturais.

Figura 7 - Ações no âmbito da macrogestão, mesogestão e microgestão na perspectiva do envelhecimento, São Paulo – 2016.

Fonte: Quintans RQ, Melleiro MM. São Paulo; 2016.

O setor saúde precisa ser integrado com os serviços sociais, para que seja possível atender as necessidades da população idosa, de maneira integral e continuada, pois a falta de articulação entre os setores dificulta respostas diretas para as necessidades encontradas no cotidiano desse grupo etário, inclusive as que não estão diretamente relacionadas à doença.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos defende a igualdade, a dignidade e o direito à vida, instrumentalizados por fatores como: segurança social, satisfação dos direitos econômicos, culturais, de lazer e de mobilidade (DUDH, 1948).

Assim, a falta de acesso aos serviços de saúde e sociais é uma violação

aos direitos humanos desses idosos, por não favorecer a garantia de saúde e bem-estar e afetando assim, a dignidade e proteção social.

No Brasil, podemos verificar os progressos na área do envelhecimento, como a estruturação de políticas públicas e a criação de serviços direcionados aos idosos, por exemplo, a construção de centro dias.

Fratezi (2015) destacou que o centro dia contribui com a qualidade de vida dos idosos e de suas famílias, por meio de promoção da saúde, de prevenção de agravos, de melhoria da funcionalidade e da autonomia. Entretanto, essas atividades, ainda, não são sistematizadas, destacando os desafios no âmbito gerencial e assistencial.

Nessa direção apresentamos a experiência espanhola, destacando o modelo da Catalunha (Espanha) que possui uma rede de serviços de saúde e sociais integrados para possibilitar um cuidado continuado (Salvà-Casanovas et al., 2004), acreditando na importância desse modelo para a realidade brasileira.

O planejamento desse modelo é baseado em quatro competências de cuidado: geriátrica, paliativas, para portadores de doença de Alzheimer e outras demências e para doenças neurodegenerativas e lesões cerebrais (Salvà-Casanovas et al., 2004).

A rede de atenção é constituída por: serviços de internação de média e longa duração e de cuidados paliativos; atenção diurna constituída por serviços ambulatoriais, hospital dia e unidades de diagnóstico e monitoramento; serviços de avaliação e apoio compostos por equipes gerontogerítricas e atendimento domiciliar (Salvà-Casanovas et al., 2004; Institución del Ararteko al Parlamento Vasco, 2007).

O nível operacional dos serviços atua de maneira vertical entre os cuidados primários e hospitalares e de modo horizontal entre serviços de saúde e sociais. A proposta desse modelo é a integralidade do cuidado, visando à promoção de autonomia e à reintegração na sociedade (Salvà-Casanovas et al., 2004; Institución del Ararteko al Parlamento Vasco, 2007).

Por conseguinte, gostaríamos de ressaltar outros tipos de serviços que o governo espanhol preconizou, visando à atenção às pessoas que possuem algum tipo de dependência, tais como: centro dia e noite com abordagem biopsicossocial, aconselhamento, prevenção, reabilitação e cuidados pessoais; apoio ao domicílio com prestação de atividades no âmbito de higiene pessoal e AVDs e domésticas; serviço de teleassistência para respostas imediatas em situação de urgência,

isolamento ou insegurança; serviço residencial como lares e centros de apoio para a moradia de usuários que apresentam vulnerabilidades sociais; serviços de prevenção de situações de dependência e promoção da autonomia por meio de ações educativas (Espanha, 2012).

A atenção ao idoso deve priorizar os princípios do EA, visando a promoção, a melhoria e a manutenção da autonomia e a independência. Nessa perspectiva, não podemos excluir as ações de apoio direcionadas às famílias e aos cuidadores, assim como, incentivo à educação ao longo da vida.

Diante desses desafios, torna-se imperativo a articulação entre serviços de saúde e sociais com o objetivo de contribuir com o cuidado continuado e integrado aos idosos, principalmente na comunidade, seja em domicílio ou nas instituições de atendimento ao idoso.

Considerações finais

Considerações finais

A percepção dos idosos acerca do processo de envelhecimento foi associada a aspectos referentes às patologias, à diminuição da capacidade funcional, às limitações e aos declínios cognitivos e físicos.

Esta investigação permitiu identificar que as necessidades de saúde dos idosos estavam diretamente relacionadas às necessidades sociais apresentadas pelos participantes do estudo. Os problemas de saúde afetaram a dinâmica social, familiar e os recursos econômicos. Assim como, os fatores sociais interferiram na saúde física e emocional desses idosos.

As necessidades de saúde autorreferidas pelos idosos foram:

- Acesso à medicações e materiais para o autocuidado não disponibilizados pelo SUS;
- Cuidado formal domiciliar para o apoio do desempenho de Atividades Básicas de Vida Diária;
- Suporte formal para auxiliar no desenvolvimento de atividades domésticas, como preparo de refeições, limpeza do domicílio e lavagem de roupas;
- Atendimento em saúde especializado e em tempo adequado;
- Acesso em tempo adequado às consultas fisioterápicas e de especialidades médicas, como ortopedia;
- Transporte especializado para a locomoção aos serviços de saúde.

A falta da continuidade do cuidado em tempo adequado afetou o quadro clínico de saúde dos idosos, ocasionando maior dependência e demanda de cuidados.

Neste estudo, identificamos ainda, a existência de um ciclo entre a falta de acesso aos serviços e o aumento das demandas requeridas pelos idosos. A falta de acesso afetou a renda, a dinâmica social e familiar, a saúde e o bem-estar.

Diante do fato de não conseguirem o atendimento necessário e estarem isolados do convívio social, os idosos apresentaram o sentimento de abandono, desvalorização e de tristeza.

O suporte social formal e informal produziu um efeito protetor ao idoso quando existia o respeito aos valores e as limitações vivenciadas.

Os idosos que possuíam participação social, boa relação familiar e melhores condições de cuidados apresentavam forças de enfrentamento mais positivas em relação ao futuro.

Considerações finais

A ESF rompeu a barreira geográfica e contribuiu com o acesso aos serviços que os idosos precisavam. A presença desse serviço no cotidiano dessa população favoreceu melhores respostas às suas necessidades de saúde e sociais.

O ACS identificou as necessidades dos idosos no contexto domiciliar, facilitando o acesso aos serviços, demonstrando ser uma relevante ligação entre o idoso e os profissionais de saúde.

Diante desses achados recomendados as seguintes ações:

- Educação dos profissionais que atuam na atenção básica sobre a temática do envelhecimento, para identificação das necessidades dos idosos, e assim, contribuir com o melhor cuidado;
- Estimular a participação da comunidade em atividades que incentivem a integração da população idosa e desmitifiquem os estereótipos relacionados ao processo de envelhecimento;
- Incentivar a participação dos idosos em atividades sociais, culturais e de lazer na comunidade;
- Promover a articulação e a coordenação dos serviços de saúde e sociais de atenção ao idoso para contribuir com a atenção continuada e integrada;
- Estruturar serviços de apoio às famílias e cuidadores de idosos, por meio de atividades educativas sobre a temática do envelhecimento e a estruturação de serviços de respiro;
- Estruturar serviços públicos de apoio aos idosos para auxiliar no desempenho de atividades domésticas;
- Priorizar o cuidado ao idoso na comunidade de maneira que incentive a maior participação social, visando à promoção, a melhoria e a manutenção da autonomia e a independência;
- Favorecer oportunidades e ações na comunidade, que envolvam os serviços de saúde e sociais que potencializem o bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a vida, atuando, assim, sobre os determinantes do envelhecimento ativo.

Acreditamos que a implantação e a implementação dessas ações, oriundas das necessidades apresentadas pelos participantes deste estudo, possam contribuir com a melhoria da atenção aos idosos, por estarem relacionadas aos determinantes do EA no contexto brasileiro.

Referências

REFERÊNCIAS

Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(5):1103-12.

Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2011;16(5):2603-11.

Amaral FLJS, Guerra RO, Nascimento AFF, Maciel ACC. Perfil do apoio social de idosos no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, 2010-2011. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22(2):335-46.

Apratto Junior PC, Moraes CL. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2010;15(6):2983-95.

Argilaga MTA. La observación participante. In: Baztán AA et al., editores. *Etnografía: metodología cualitativa em la investigación sociocultural*. Barcelona: Marcombo; 1995. p. 73-84.

Ariès Ph. Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média. Lisboa: Editorial Teorema; 1975.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.

Bastian B, Haslam N. Excluded from humanity: the dehumanizing effects of social ostracismo. *J Exp Soc Psychol*. 2010;46:107-13.

Batistella C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 25-49.

Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, Main DS. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Family Practice*. 2008;25:287-93.

Baztán AA. Etnografía. In: Baztán AA et al., editores. *Etnografía: metodología cualitativa em la investigación sociocultural*. Barcelona: Marcombo; 1995; p. 3-20.

Referências

Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. Problemas de interferência e prova na observação participante; p. 47-64.

Bento JA, Lebrão ML. Suficiência de renda percebida por pessoas idosas no Município de São Paulo/Brasil. Cien Saude Colet. 2013;18(8):2229-23.

Boss L, Kang DH, Branson S. Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2015; 27(4):541-53.

Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 648 de 29 de março de 2006. Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

Brasil. Lei n. 8.080, de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2016 abr. 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006d.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde ciclo 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. In: Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional do Idoso. Brasília; 1994.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2003.

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. In: Brasil. Presidência da República. Brasília; 1996.

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. In: Presidência da República. Brasília; 2007.

Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. Brasília; 2014.

Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Plano de ação para enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Brasília: SDH; 2007.

Caldas CP. O autocuidado na velhice. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 1117-21.

Camarano AA, Kanso S, Leitão e Mello J. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: Camarano AA, organizadora. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

Referências

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface Comun Saúde Educ.* 2007;11(23):605-618.

Campos CMS, Soares CB. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: Campos CMS, Soares CB, organizadoras. *Fundamentos e saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. Barueri: Manole Ltda; 2013. p. 265-92.

Cauhé SA. Entrevistas y cuestionarios. In: Baztán AA et al., editores. *Etnografía: metodología cualitativa em la investigación sociocultural*. Barcelona: Marcombo; 1995. p.171-80.

Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p.113-26.

Centro Internacional de Longevidade Brasil, ILC-BR. *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015.

Centro Regional de Informação das Nações Unidas, UNRIC. *Segunda Assembleia Mundial sobre envelhecimento concluem Madrid: aprova plano de acção e declaração política*. Belgium; 2002.

Cesare MD, Khang YH, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F et al. Inequalities in non-communicable diseases and efective responses. *Lancet.* 2013;381:585-97.

Chen Y, Hicks A, While AE. Loneliness and social support of older people in China: a systematic. *Health Soc Care Community.* 2014;22(2):113–23.

Cloutier-Fisher D, Kobayashi K, Smith A. The subjective dimension of social isolation: a qualitative investigation of older adults' experiences in small social support networks. *J Aging Stud.* 2011;25:407-14.

D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(1):84-8.

Declaração Universal dos Direitos Humanos, DUDH [internet]. Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral; 1948 [citado 2016 abr. 21]. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/declaracao/>.

Referências

Domingues MA, Ordonez TN, Lima- Silva TB, Torres MJ, Barros TC, Florindo AA. Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico. *Rev Bras Geriatr Geronto*. 2013;16(1):49-59.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull*. 1992;18(11):356-60.

Duarte YAO, Nunes, DP, Corona LP, Lebrão ML. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo Sabe (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). In: Camarano AA, organizadora. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea; 2010. p. 123-44.

Erikson E. O ciclo de vida completo. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. O nono estágio; p.89-96.

Espanha. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal de la Dependencia. SAAD- Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia; 2012 [citado 2016 abr. 21]. Disponível em: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/sp/cs/index.htm.

Feather J, McGowan V, Moore M. Planning health needs assessment: the basic choices. Saskatoon: Prairie Region Health Promotion Research Centre; 1994.

Ferrigno JC. Atividade, informação, participação e cidadania. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p.1162-99.

Flick U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Fontes AP, Neri AL. Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Cien Saude Colet*. 2015;20(5):1475-95.

Foot-Whyte. Treinando a observação participante. In: Berreman G et al., organizadores. *Desvendando máscaras sociais*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990. p.77-86.

Fratezi FR, Silva HD, Silveira ML, Lopes A. Equipamentos de assistência social de atendimento ao idoso do município de São Paulo: percepções sobre envelhecimento, velhice, gerontologia e o papel do gerontólogo. *RBCEH*. 2011;8(1):107-19.

Referências

- Fratezi FR. Atividades desenvolvidas em centros dia para idosos na perspectiva do envelhecimento ativo: subsídios para avaliação da qualidade dos serviços [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.
- Freitas EV, Miranda RD, Nery MR. Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. In: Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 609-617.
- Frenk J. El concepto y la medicina de accesibilidad. In Frenk J, Ordóñez C, Peganini JM, Starfield B, editors. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington DC: OPS; 1992. p. 929-43.
- Fried LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Geront. 56(3):146-56;2001.
- Fundação Tide Setubal, Centro de Pesquisa e Documentação São Miguel. Almanaque: um olhar sobre São Miguel Paulista-manifestações culturais, ontem e hoje. São Paulo; 2008.
- Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
- Geertz C. Nova luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
- Giacomin KC, Santos WJ, Firmo JOA. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. Cien Saude Colet. 2013;18(9):2487-96.
- Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel Sarah, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas públicas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 493-546.
- Goll JC, Charlesworth G, Scior K, Stott J. Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. Plos One. 2015;23:1-17.
- Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadoras. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 79-108.
- Goulart FAA. Doenças crônicas não-transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Referências

Hawkley LC, Williams KD, Cacioppo JT. Responses to ostracism across adulthood. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2011;6 (2):234-43.

Hendricks, J. Considering life course concepts. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012;67(2):226–23.

Herrera-Badilla A, Navarrete-Reyes AP, Amieva H, Avila-Funes JA. Loneliness is associated with frailty in community-dwelling elderly adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(3):607-09.

Institución del Ararteko al Parlamento Vasco. Una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. Espanha; 2007 [citado 2016 abr. 21]. Disponível em: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/2_1357_3.pdf.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

Junges JR. Uma leitura crítica da situação do idoso no atual contexto sociocultural. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2004;6:123-44.

Kalache A. The longevity revolution: its pervasive impact on 21st century society. In: *Talleres internacionales sobre envejecimiento Poblacional. International Workshops on Population Aging*. Santiago: Facultad de Medicina Universidad de Chile; 2013.

Kapiriri L, Norheim OF, Martin DK. Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. *Health Policy*. 2007;82:78-94.

Kearns A, Whitley E, Tannahill C, Ellaway A. Loneliness, social relations and health and wellbeing in deprived communities. *Psychol Health Med*. 2015; 20(3):332-44.

Knauth DR, Leal AF. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. *Interface Comum Saude Educ*. 2014;8(50):457-67.

Kübler-Ross E, Kessler D. Os segredos da vida. Rio de Janeiro: Sextante; 2004.

Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Edart; 1977.

Referências

Lavretsky H. Resilience and aging: research and practice. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2014.

Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idosos dependente. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011.p.1441-48.

Lerner RM et al. Resilience across the life span. In: Hayslip B Jr, Smith GC, editores. Annual review of gerontology and geriatrics: emerging perspectives on resilience in adulthood and later life. v. 32. New York: Springer Publishing Company; 2012. p. 275-99.

Louvison MCP, Barros S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. BIS, Bol Inst Saude. 2009;47:9-15.

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 Saude Publica. 2008;42(4):733-40.

Luca MMBL. Identidades sociais em produção e envelhecimento: um estudo de caso. In: Simson ORM, Neri AL, Cachioni M, organizadoras. As múltiplas faces da velhice no Brasil. 2ª ed. Campinas: Alínea; 2006. p. 189-210.

Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2007;10:179-89.

Maldaum D, Antunes DC, Carvalho FCR, Neri AL. Espiritualidade/Religiosidade. In: Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. 2ª ed. Campinas: Alínea; 2005.

Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.

Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AMG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. Cien Saude Colet. 2012; 17(9):2331-341.

Matsmuto NF. A avaliação do impacto do PAS ao nível de um centro de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Referências

Meihy JCSB. Manual de história oral. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 1998.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.

Minayo MCS, Souza ER, Ribeiro Ap, Figueiredo AEB. Lições aprendidas na avaliação de um programa brasileiro de atenção a idosos vítimas de violência. Interface Comum Saude Educ. 2015;19(52):171-81.

Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadoras. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012a. p. 9-29.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadoras. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012b. p. 61-77.

Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cad Saude Publica. 2003; 19(3):783-91.

Nakamura E, Egry EY, Campos CMS, Nichiata LYI, Chiesa AN, Takahashi RF. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. Rev Rev Lat Am Enfermagem. 2009;17(2):253-58.

Neri AL. Atitudes e crenças sobre velhice: análise de conteúdo de textos de jornal O estado de São Paulo publicados entre 1995 e 2002. In: Simson ORM, Neri AL, Cachioni M, organizadoras. As múltiplas faces da velhice no Brasil. 2ª ed. Campinas: Alínea; 2006. p. 13-54.

Neri AL. Palavras-chave em Gerontologia. 2ª ed. Campinas: Alínea; 2005.

Neri AL. Palavras-chave em Gerontologia. 4ª ed. Campinas: Alínea; 2014.

Oliveira PH, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. Epidemiol Serv Saude. 2012;21(3):395-406.

Referências

Oliveira SCF, Araujo LF. A finitude na perspectiva de homens idosos: um estudo das representações sociais. *Rev Kairos*. 2012;15(4):66-83.

Organização Mundial da Saúde, OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2005.

Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS. A transformação da gestão dos hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS; 2004

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: WHO; 2003.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;377:11-31.

Papaléu-Netto. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p. 2-12.

Parayba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saude Publ*. 2005;39(3):53-9.

Peregrino AAF, Schutz V, Marta CB, Pereira ACS, Silva GP, Nogueira LC. Buscando a inserção dos idosos nas ações de promoção social e de saúde. *Rev enferm UERJ*. 2012;20(4):513-18.

Perlman D, Peplau LA. Loneliness research: a survey of empirical findings. In: Peplau LA, Goldston S, editors. *Preventing the harmful consequences of severe and loneliness*. Los Angeles: DHHS publication; 1984. p. 13-46.

Prado ARA, Perracini MR. A construção de ambientes favoráveis aos idosos. In: Neri AL, organizadora. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea; 2007.p. 221-9.

Pertence PP, Melleiro MM. The implementation of a quality management tool at a university hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1020-26.

Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):657-67.

Referências

Poupart J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 215-53.

Ramos, LR. Saúde pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. *Envelhec Saude*. 2009;47:40-1.

Rantakokko M, Iwarsson S, Vahaluoto S, Portegijs E, Viljanen A, Rantanen T. Perceived environmental barriers to outdoor mobility and feelings of loneliness among community-dwelling older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014; 69(12):1562–1568.

Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. *J Clin Psychol*. 2002;58(3):307-21.

Righi LB. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.p.59-74.

Román A. Conceptos y definiciones basicas de la gestión clínica. *Medwave*. 2012;12(5):5418.

Salvà- Casanovas A, Llevadot D, Miro M, Vilalta M, Rovira JC. Divisio d'Atenció Sociosanitaria. Programa Vida Als Anys. Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut. Barcelona. Espanha, 2004. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004;39(2):101-8.

Salvatierra PJ. Los diarios de campo. In: Baztán AA et al., editores. *Etnografía: metodologia cualitativa em la investigación sociocultural*. Barcelona: Marcombo; 1995. p. 248-59.

Santini ZI et al. Social network typologies and mortality risk among older people in China, India, and Latin America: A 10/66 dementia research group population-based cohort study. *Soc Sci Med*. 2015;147:134-43.

Santos AJ, Nicolau R, Fernandes AA, Gil AP. Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia*. 2013; 72:53-77.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Manual de assistência farmacêutica: descrição de atribuições e atividades de farmacêuticos e técnicos/auxiliares de farmácia. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 2013.

Referências

Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Rev Estudos Psicol.* 2008;4(25):585-93.

Schramm FR. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol.* 2002;48(1):17-20.

Smith JM. Toward a better understanding of loneliness in community-dwelling older adults. *J Psychol.* 2012;146(3):293–311.

Stein CE, Kalache A. Ageing: a global perspective. *Community Eye Health.* 1999;12(29):1-4.

Teixeira I. Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel Sarah, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas públicas e sistema de saúde no Brasil.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 183-206.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P, organizadora. *Gerenciamento em enfermagem.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2010. p. 71-83.

Tronchin DMR. Indicadores de enfermagem no âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Junior CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 25-35.

United Nations. *World population ageing: 1950-2050.* New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division; 2001.

Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde.* 2012;21(4):539-48.

Velho G. Observando o familiar. In: Nunes EO, organizador. *A aventura sociológica.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. p.36-46.

Referências

Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Cien Saude Colet*. 2012;17(1):231-8.

Vituri DW. Avaliação como princípio da gestão da qualidade total: testando a confiabilidade interavaliadores de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2013.

Williams KD, Zadro L. Ostracism: the indiscriminate early detection system. In: Williams KD, Forgas JP, Hippiel W, editors. *The social outcast: Ostracism, social exclusion, rejection, and bullying*. New York: Psychology Press; 2005. p. 19–34.

Williams KD. Ostracism. *Annu Rev Psychol*. 2007;58:425–52.

World Health Organization, WHO. Age-friendly primary health care centres toolkit. Geneva; 2008 [cited 2016 abr. 20]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/AF_PHC_Centretoolkit.pdf.

World Health Organization, WHO. Ageing and health. Geneva: WHO; 2015a [cited 2016 mar. 27]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>.

World Health Organization, WHO. Elder abuse. Geneva: WHO; 2015b [cited 2016 abr. 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>.

Wrzus C, Hänel M, Wagner J, Neyer FJ. Social network changes and life events across the life span: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2013;139(1): 53-80.

Apêndices

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. Registro dos esclarecimentos da pesquisadora aos participantes da pesquisa.

Eu, Jeane Roza Quintans, mestranda da Universidade de São Paulo, orientada pela Prof^a Dr^a Marta Maria Melleiro, venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “O ENVELHECIMENTO ATIVO E AS NECESSIDADES DE SAÚDE DE IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”, a qual tem por objetivo compreender as necessidades de saúde autorreferidas pelos idosos atendidos em Estratégia Saúde da Família.

Para tanto, você está sendo convidado a participar de uma entrevista gravada, que será conduzida pela pesquisadora no local e momento de sua escolha.

O estudo não acarretará em despesas financeiras, danos ou riscos diretos a você como participante, garantindo-se o sigilo das informações e o anonimato.

A sua participação no estudo é voluntária, podendo deixá-lo a qualquer momento, se assim o desejar. Caso aceite participar, solicito a sua assinatura no item II deste documento e lhe será entregue uma cópia do Termo de Consentimento.

A pesquisadora estará à disposição para esclarecer dúvidas no preenchimento deste termo e desde já agradece pela sua atenção e coloca-se à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa.

Rubrica do participante da pesquisa _____

Rubrica do pesquisador _____

Apêndices

O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem é: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, telefone (11) 3061-7548, email edipesq@usp.br. O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde é: Rua General Jardim, 36- 1º andar, telefone (11) 3397-2464, e-mail smscep@gmail.com. O contato com a pesquisadora pode ser realizado pelo telefone (11) 987716933 ou pelo email jeanequintans@usp.br.

São Paulo, _____ de _____ de 2015.

Jeane Roza Quintans – pesquisadora

Marta Maria Melleiro - orientadora

II. Registro e assinatura do participante da pesquisa

Eu, _____ RG: _____, compreendo os objetivos desta pesquisa e concordo em participar de forma livre da mesma, entendendo que as informações serão utilizadas apenas para realização do estudo, que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar deste estudo.

Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os esclarecimentos foram prestados pela pesquisadora.

São Paulo, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Rubrica do participante da pesquisa _____

Rubrica do pesquisador _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Parte 1- Instrumento de captação de dados socioeconômicos, demográficos e de saúde dos idosos

Data: __/__/2015

Nº entrevista: _____

Iniciais do participante: _____

Sexo: () F () M Idade: ____ anos Cor/Raça: _____ Local de nascimento: _____

Escolaridade: _____ Ocupação: _____ Estado Civil: _____

Quantas pessoas moram em sua residência _____

Quantos cômodos têm a sua residência: _____

Acessos aos serviços públicos: () Água () Luz () Esgoto () Coleta de lixo

A renda da família é suficiente para as suas necessidades? () Sim () Não

Meio de transporte que mais utiliza: _____

Riscos que se sente mais exposto (a): () Violência () Acidente de Trânsito () Alagamento () Outro: _____

Como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde?

() Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima

Parte 2- Escala de Lawton

Atividade		Avaliação	
1	O (a) Senhor (a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O (a) Senhor (a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O (a) Senhor (a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O (a) Senhor (a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O (a) Senhor (a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O (a) Senhor (a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O (a) Senhor (a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O (a) Senhor (a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O (a) Senhor (a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
Total		_____ pontos	

1. Como o senhor (a) se sente em relação à sua saúde?
2. O senhor (a) tem ajuda de alguma pessoa ou instituição?
3. Conte-me sobre o que o (a) senhor (a) acredita ser preciso para que os idosos do seu bairro tenham melhor qualidade de vida.
4. Fale-me sobre a presença da Estratégia da Saúde da Família no seu dia a dia.

[illegible]

Anexos

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ENVELHECIMENTO ATIVO E AS NECESSIDADES DE SAÚDE DE IDOSOS ATENDIDOS POR UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Pesquisador: Jeane Roza Quintans

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43870715.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.105.387

Data da Relatoria: 09/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com a finalidade de identificar necessidades auto-referidas dos idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Irá utilizar como metodologia uma entrevista semi-estruturada e escala de Lawton, aplicadas a participantes de 60 anos ou mais, moradores da região cuja unidade básica de saúde de referência é a UBS Jardim Maia, administrada pela Organização Social Santa Marcelina.

A responsável pela pesquisa irá identificar os potenciais participantes do estudo por meio dos agentes comunitários de saúde que atuam na UBS. A entrevista irá ocorrer em local e horário de acordo com a disponibilidade do participante. O número de participantes esperados é de 10, podendo haver variações uma vez que trata-se de estudo qualitativo, o qual dependerá da saturação teórica, até que os objetivos do estudo sejam atendidos. Os critérios de inclusão do estudo são: 1) idosos que se comunicam verbalmente e sem déficit de cognição (orientados no tempo e no espaço). De acordo com o detalhamento do projeto de pesquisa, a escala de Lawton é constituída por nove questões, para cada uma destas, a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial e a terceira dependência. A pontuação máxima dessa escala é de 27 pontos.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.105.387

A avaliação do resultado possibilitará a classificação dos idosos entrevistado como independentes (pontuação igual a 27), dependência parcial (pontuação >9 e <27) e dependência total (pontuação igual a 9). O Roteiro de entrevista possui as seguintes questões norteadoras: 1) Como o senhor (a) se sente em relação à sua saúde?; 2) O senhor (a) tem apoio de alguma pessoa ou instituição?; 3) Conte-me sobre o que o (a) senhor (a) acredita ser preciso para que os idosos do seu bairro tenham melhor qualidade de vida? O que representa a presença da Estratégia da Saúde da Família no seu cotidiano?

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as necessidades auto-referidas pelos idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não envolve riscos físicos. Como toda pesquisa, envolve risco potencial de desconforto ao participante ao ser questionado sobre suas necessidades de saúde. Além disto, os participantes podem sentir-se desconfortáveis por sentirem necessidade de referenciar aspectos que envolvem o relacionamento com a UBS de referência. Os benefícios esperados envolvem a contribuição com informações sobre as necessidades de saúde e com isso fornecer subsídio para as políticas públicas do envelhecimento no país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É necessária a aprovação da Instituição Coparticipante, neste caso, da Secretaria Municipal de Saúde. As pesquisadoras informam que A plataforma Brasil apresentou um erro, na qual não apareceu o nome da responsável da Instituição coparticipante(SMS- Coordenação Leste)para dar continuidade ao trâmite de aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras responsáveis pelo projeto de pesquisa realizaram os ajustes no TCLE conforme indicado no parecer consubstanciado pela CEP em 06/05/15

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 1.105.387

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 12 de Junho de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ENVELHECIMENTO ATIVO E AS NECESSIDADES DE SAÚDE DE IDOSOS ATENDIDOS POR UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Pesquisador: Jeane Roza Quintans

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43870715.1.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.102.530

Data da Relatoria: 11/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, cujo objetivo é compreender as necessidades de saúde autorreferidas pelos idosos atendidos em Estratégia Saúde da Família.

Participarão idosos com idade igual ou superior a 60 anos, atendidos em uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF). O número de participantes dependerá da saturação teórica.

A Coleta de dados será realizada por meio da aplicação da escala de Lawton e da entrevista com questões semiestruturadas. As entrevistas serão gravadas e transcritas.

Critério de inclusão do estudo: idosos que se comunicam verbalmente e sem déficit de cognição (orientados no tempo e no espaço).

Os dados serão analisados segundo a técnica de análise temática proposta por Minayo (2010).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender as necessidades de saúde autorreferidas pelos idosos atendidos em Estratégia Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esta pesquisa não acarretará qualquer tipo de risco que envolva o estado físico e social e emocional dos participantes. A pesquisadora esclarece no TCLE o risco de desconforto e as

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.102.530

pevidências a serem tomadas.

Benefícios: Os participantes contribuirão com informações sobre as necessidades de saúde e com isso fornecerão subsídio para as políticas públicas do envelhecimento no país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é adequada aos objetivos; a condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa foi analisada, tal condição encontra-se devidamente justificada no desenho da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

Cronograma informa previsão de data para início da coleta dos dados em 01/06/15 mas a pesquisadora compromete-se a não iniciá-la antes da aprovação do projeto pelo CEP.

TCLE, Orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador.

Há benefícios previstos na realização do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que 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. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.102.530

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 11 de Junho de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO 3 – ESCALA DE LAWTON

Atividade		Avaliação	
1	O (a) Senhor (a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O (a) Senhor (a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O (a) Senhor (a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O (a) Senhor (a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O (a) Senhor (a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O (a) Senhor (a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O (a) Senhor (a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O (a) Senhor (a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O (a) Senhor (a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
Total		_____ pontos	

Fontes:

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Freitas EV, Miranda RD, Nery MR. Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. In: Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 609-17.