

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

**A VELHICE DO ALTO: PERCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA DE
IDOSOS MORADORES DO MORRO DA PENHA, MUNICÍPIO DE
SANTOS-SP**

VERA DE FÁTIMA GOMES DE ASSIS

SANTOS

2009

Universidade Católica de Santos
Mestrado em Saúde Coletiva

**A VELHICE DO ALTO: PERCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA DE
IDOSOS MORADORES DO MORRO DA PENHA, MUNICÍPIO DE
SANTOS-SP**

VERA DE FÁTIMA GOMES DE ASSIS

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora: Denise Martin Coviello

SANTOS

2009

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

COORDENADORIA GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA:

Prof. Dr. José Augusto Fontoura Costa

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA:**

Prof. Dra. Rosa Maria Ferreira Pinto

Dados Internacionais de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
SibiU

A844v Assis, Vera de Fátima Gomes de Assis

A velhice do alto: percepção de saúde e doença de idosos moradores do Morro da Penha, município de Santos-SP/Vera de Fátima Gomes de Assis – Santos: [s.n.], 2009.

117 f.; 30 cm. (Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva).

I. Assis, Vera de Fátima Gomes de. II. Título.

CDU 614(043.3)

VERA DE FÁTIMA GOMES DE ASSIS

**A VELHICE DO ALTO: PERCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA DE
IDOSOS MORADORES DO MORRO DA PENHA, MUNICÍPIO DE
SANTOS-SP**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Denise Martin Coviello

Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto

Profa. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão

Aos meus pais, minha essência
Aos meus irmãos, meu porto
Aos meus professores, minha referência
Ao meu marido, minha luz
A minha filha, minha vida
Aos meus alunos idosos e jovens, minha inspiração
Ao meu DEUS, por tudo isso.

Agradecimentos:

A minha família, principalmente a minha mãe Nilda que, apesar de pouco estudo, sempre proferiu palavras de sabedoria dignas de Confúcio. Ao meu pai, Felizardo, que sempre me acompanhou do plano espiritual. Aos meus irmãos que serviram de exemplo, mostrando que o mundo não é apenas dos espertos, mas também dos dedicados.

Agradeço, em especial ao meu marido Roberto Passos, meu amado e querido companheiro que desde o nosso primeiro encontro sempre incentivou-me a conquistar o meu espaço profissional e a ser uma pessoa um pouco melhor.

Aos meus sogros Adelaide e Haroldo por ficar com minha preciosa filha Raquel, nos momentos de estudo.

Ao SESC – Serviço Social do Comércio, pela bolsa parcial de estudo concedida, sem a qual seria impossível concretizar este sonho.

Aos meus alunos idosos que, desde a primavera dos meus anos, compartilham experiências e servem a mim de parâmetro de conduta; e também, porque a riqueza desses momentos compartilhados mudou meu olhar egocêntrico e fez-me perceber que a vida não é constituída de um único momento, mas de vários especiais.

Ao corpo docente de doutores do curso de Mestrado que contribuíram na construção do saber e da crítica coerente.

A Dra. Denise Martin, por ter acreditado na minha idéia, e abraçado a causa com muita paciência e dedicação. Por ter sido minha âncora nos momentos de mar revolto, Deus te abençoe.

À amiga Thaise pela ajuda nas entrevistas, e por sua atenção nas minhas falas.

À vereadora Telma de Souza, pelo contato chave para realização da pesquisa de Campo.

Ao Humberto e seu filho Irair, ambos moradores do morro da Penha, os quais foram fundamentais para meu conhecimento do cotidiano da comunidade.

E finalmente, mas não menos importante, aos idosos do morro da Penha por abrirem suas portas e a sua privacidade para uma “desconhecida”.

Muito obrigada!

LISTA DE ANEXOS

Anexo A — Termo de consentimento livre e esclarecido.....	98
Anexo B — Roteiro de observação.....	100
Anexo C — Roteiro de entrevistas.....	101
Anexo D — Imagens do campo da pesquisa.....	103

RESUMO

ASSIS, Vera de Fátima Gomes de. A velhice do alto: percepção de saúde e doença de idosos moradores do morro da Penha, município de Santos-SP. 2009.117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) UNISANTOS.

O aumento da expectativa de vida das populações é um fato verificado em países ricos e pobres. Segundo a PNAD (2007), há no Brasil 19 milhões de idosos. Estes apresentam características peculiares nos aspectos biológico, psicológico e social que devem ser investigados com o intuito de favorecer a promoção de sua saúde. O objetivo deste estudo é compreender, sob uma perspectiva antropológica, a percepção de saúde e doença por idosos moradores do morro da Penha, no município de Santos/SP — local este de difícil acesso, considerado um dos pontos de narcotráfico da região e habitado por pessoas com baixo poder aquisitivo. Utilizou-se o método qualitativo por meio de observação etnográfica densa e entrevistas em profundidade. A percepção de saúde e doença sofre influência dos aspectos sociais e culturais e variam conforme o contexto observado. A percepção de saúde pelos idosos não está relacionada à ausência de doenças, mas à possibilidade de realização de atividades laborais que possibilitem autonomia física, financeira e intelectual. Há a percepção de doença, quando esta provoca desordem na rotina diária, impossibilitando a continuidade dos compromissos assumidos e causando a quebra dos vínculos sociais. Assim, as noções de saúde e doença são percebidas conforme a cultura observada. Ambas, ocupam espaços relevantes em questões vinculadas à Saúde Coletiva.

Palavras-chave: idosos, pesquisa qualitativa, cultura, saúde-doença, Santos-SP

ABSTRACT

ASSIS, Vera de Fátima Gomes de. The old age of the top: perception of health and illness of aged inhabitants of Penha Mount, in Santos city. 2009,117 pages. Master's degree thesis in Collective Health – UNISANTOS.

The increase of populations' life expectancy is a fact verified both in rich and poor countries. According to PNAD (2007), there are 19 million elders in Brazil. They present peculiar characteristics in biological, psychological and social aspects which must be investigated in order to promote their health. From an anthropological perspective, this research aims to understand Penha Mount elder inhabitants' perception of health and illness. Penha Mount is in Santos City/São Paulo State – a difficult access location, considered one of the region's drug traffic spots and inhabited by low purchasing power people. Qualitative method was used by means of a careful ethnographic observation and in depth interviews. Health and illness perception is influenced by social and cultural aspects and varies according to the observed context. Elderly people's perception of health is not related to absence of illnesses, but to the possibility of accomplishing labor activities that make physical, financial and intellectual autonomy possible. Illness is perceived when it disturbs the daily routine by hindering taken on commitments and rupturing social bonds. Thus, health and illness are perceived depending on the analysed culture. Both concepts are relevant to Public Health issues.

Key-words: elders, qualitative research, culture, health-illness, Santos/SP

SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS.....	viii
RESUMO	ix
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES DEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS SOBRE A POPULAÇÃO IDOSA E A RELAÇÃO DAS MESMAS COM A SAÚDE COLETIVA	6
1.1 PANORAMA DA POPULAÇÃO IDOSA NO CONTEXTO MUNDIAL E NACIONAL.....	8
1.2 PERFIL DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA	9
1.3 O ENVELHECIMENTO COMO UMA QUESTÃO DA SAÚDE COLETIVA ...	12
CAPÍTULO 2 – ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE O ENVELHECIMENTO E A VELHICE.....	15
2.1 ABORDAGEM BIOLÓGICA.....	17
2.2 ABORDAGEM PSICOLÓGICA.....	18
2.3 ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA.....	20
CAPÍTULO 3 - OBJETIVO E MÉTODO.....	28
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	32
CAPÍTULO 4 – O MORRO DA PENHA: A VELHICE DO ALTO	
4.1 DESCREVENDO O CAMPO.....	33
4.2 A POPULAÇÃO LOCAL.....	40
CAPÍTULO 5 – CRESCER, VIVER E ENVELHECER NO MORRO DA PENHA: PASSADO E PRESENTE NA VIDA DE IDOSOS... ..	42
5.1 O BOM E O RUIM DE MORAR NO MORRO.....	46
CAPÍTULO 6 – ENTRE O PERCEBER E O SER IDOSO.....	57
CAPÍTULO 7 – PERCEBENDO A SAÚDE E A DOENÇA.....	65

7.1 PERCEBENDO A SAÚDE.....	66
7.2 PERCEBENDO A DOENÇA.....	76
CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS.....	98

INTRODUÇÃO

De todas as realidades, talvez a velhice seja aquela da qual conservamos durante mais tempo da vida uma noção puramente abstrata (M.PROUST) .

O meu convívio com pessoas idosas, as ditas velhas ou da terceira idade, acontece desde a década de 90.

Através do SESC-Serviço Social do Comércio — instituição pioneira no Brasil em programas dirigidos ao público idoso, na qual sou servidora — convivo e desenvolvo o meu trabalho de educadora física com pessoas em seu último ciclo da vida – a velhice.

Ao longo desses anos, compartilhando a minha prática profissional com os meus alunos idosos, percebi que as falas e escutas sobre saúde e doença eram freqüentes. Além disso, apresentavam divergências em suas conotações, inclusive divergiam da minha própria percepção desses eventos. Essa constatação, gerou angústias e inquietações que me levaram a refletir sobre a necessidade de ampliar meu conhecimento. Afinal, um dos papéis do educador físico é o de promover condições favoráveis para aquisição, manutenção e o desenvolvimento da saúde.

Um caminho árduo e longo a trilhar. Já, que a minha formação acadêmica embasada em evidências das disciplinas técnicas da área da saúde e do esporte, não supria as necessidades exigidas naquele momento. Busquei a interdisciplinaridade em outras áreas de conhecimento para compreender o indivíduo como pessoa e não apenas como um reprodutor de desempenho motor. Aproximei-me das Ciências Sociais, mais precisamente da

Antropologia; assim pude observar que o homem é um ser repleto de significados, cujas ações são influenciadas pelo contexto social e pela cultura.

A partir do conhecimento adquirido, certifiquei-me que poderia contribuir na sociedade em que vivo. Afinal, outro importante papel do profissional da área de saúde é o descobrir formas de melhorar a vida da população em geral. Encontrei na Saúde Coletiva (área do conhecimento que procura acoplar saberes através da inter e da multidisciplinaridade) um espaço democrático e aberto para profissionais que desejam construir uma saúde com mais qualidade e acessibilidade para a população.

A investigação está centrada na maneira como os idosos percebem a doença e a saúde. Aprofundi as investigações na Literatura Antropológica, e descobri que as percepções de saúde e doença sofrem influência do contexto sócio-cultural e variam de acordo com o cenário observado.

A relevância de se investigar sobre este nicho da população — os idosos — não está relacionada apenas ao impacto que o incremento destas pessoas poderá causar para o Setor de Saúde, a família e a sociedade, mas pouco se conhece sobre a maneira como os brasileiros percebem-se velhos, sadios ou doentes.

Decidi compreender as percepções de saúde e doença de idosos que não integram o meu contexto profissional, visto que aqueles com os quais convivo apresentam características sócio-econômicas e culturais, relativamente “privilegiadas”. O SESC oferece uma gama de benefícios para esses associados. Entretanto, ainda há uma grande parcela da população idosa do município de Santos que não usufrui dos mesmos benefícios. Constatei que precisava conhecer o outro lado da velhice para, inclusive, melhorar a qualidade dos meus serviços nessa instituição.

Busquei a velhice dos contextos representados pelos dados demográficos que revelam a realidade brasileira: um país emergente, com contrastes sócio-econômicos relevantes, onde predominam os estratos sociais desprovidos de recursos, em que não só se encontra a maioria da população em situações economicamente desfavoráveis, mas principalmente vê-se comprometida a saúde das pessoas mais velhas.

Através dos dados fornecidos pelo IBGE (2007), detectei que a cidade de Santos ocupa o 5º lugar no *ranking* nacional por apresentar um dos melhores IDH¹. Entretanto, algumas áreas da cidade apresentam condições sócio-econômicas que se contrapõe a realidade divulgada pelos meios de comunicação. Ao pesquisar sobre os locais de ocupação do município de Santos (bairros da área central, periferia, orla da praia e morros) descobri que a cidade é composta por um conjunto de dezessete morros, inicialmente, todos com características bem semelhantes. A escolha em observar o Morro da Penha, ocorreu inicialmente através do comentário de uma ex-empregada doméstica que prestava seus serviços em minha residência. Ao ouvir sobre os meus comentários a respeito das ocupações dos morros, falou: “Lá no Morro da Penha, onde moro, os pobres também envelhecem”. Grata colocação. A partir desse momento, o contexto e o objeto desta pesquisa estavam definidos.

O objetivo deste estudo é o de compreender a percepção de saúde e doença de idosos moradores do morro da Penha, na cidade de Santos, estado de São Paulo.

No primeiro capítulo busquei investigar as causas que proporcionaram o aumento expressivo da expectativa de vida das populações. A população idosa apresenta relevância em

¹ IDH- Índice de Desenvolvimento Humano é uma medida comparativa que engloba três dimensões: riqueza, educação e esperança média de vida. É uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população. O índice foi desenvolvido em 1990 pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq, e vem sendo usado desde 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no seu relatório anual.

números, suas características sócio-demográficas são peculiares e demandam ações imediatas do setor de saúde.

Segundo os dados disponibilizados pela WHO (2007), PNAD (2007) e SEADE (2008), a população idosa cresce em números absolutos e relativos.

A mudança no perfil demográfico dos brasileiros, desperta a atenção de vários segmentos da sociedade. No tocante à saúde coletiva, esta vem buscando contribuir na elaboração e estratégias para atender este perfil da população, os idosos, nos serviços públicos de saúde.

No segundo capítulo procurei me apropriar de outras abordagens conceituais sobre o fenômeno do envelhecimento humano. Precisava certificar-me de que o envelhecimento é complexo e multifacetado; portanto, requer uma análise mais ampla e cuidadosa.

Autores como Debert (1998), Uchôa (1988), Minayo (2007), Veras (1995) e Evans-Pritchard (1993) contribuíram para mostrar que o envelhecimento é mais que um conceito biológico — é uma construção social e cultural. Logo, importante argumento ao se considerar a saúde dos idosos.

No terceiro capítulo, foi reservado para justificar e explicar o método utilizado. Também serviu para delinear o perfil dos entrevistados.

No quarto capítulo, detive-me em descrever o campo: a comunidade do morro da Penha, cujas peculiaridades do cotidiano observei atentamente.

Conforme a SEPLAN (2007), o morro da Penha no município de Santos-SP, possui 2,5 mil habitantes. Estes, em sua grande maioria, pertencem a estratos sociais mais baixos; têm pouca escolaridade e convivem diariamente com a ação do narcotráfico.

No quinto capítulo, procurei dar ênfase às escutas das falas de idosos. O intuito foi compreender, sob a ótica dos próprios idosos: O que é envelhecer? Como se sentem? Como é crescer, viver e envelhecer no morro?

Nesse capítulo, há relatos sobre a vida de pessoas que nasceram, criaram filhos, netos e até bisnetos no morro, construindo a história do local e contribuindo para a construção de histórias de outros indivíduos. Conforme Santos e Vaz (2004), o sentido da vida surge das idéias compartilhadas pelos elementos individuais que são simbolizados por um grupo de pessoas que estabelecem uma cultura. Portanto, estes idosos, através de suas experiências culturais, estruturaram valores que contribuíram para a percepção de sua identidade como pessoa idosa.

A partir do sexto capítulo, busquei compreender a dimensão do que é ser uma pessoa idosa ou “velha”. Procurei, através das falas, obter uma breve noção sobre a complexidade deste fenômeno; o intuito era de facilitar a compreensão das percepções seguintes.

Finalmente, no sétimo capítulo deste estudo, apresento a percepção de saúde e doenças de idosos, pelos mesmos idosos.

A sensação e a interpretação são fundamentais para o conceito de percepção. Entretanto, é importante salientar que a sensação é um fenômeno essencialmente constante para a espécie humana, já a interpretação é essencialmente variável de sociedade para sociedade (PIOVISAN, 2008).

Analisei separadamente as percepções de saúde e doenças, observando-as com base na bibliografia referida. Concluí que tanto o processo de envelhecimento, quanto a velhice e a percepção de saúde e doença são submetidos à lógica diferenciada de cada cultura.

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES DEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS SOBRE A POPULAÇÃO IDOSA E A RELAÇÃO DAS MESMAS COM A SAÚDE COLETIVA

Nas últimas décadas, o aumento de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos tem sido substancialmente relevante. Tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento têm experimentado esta “conquista” – viver mais tempo.

Tal fato ocorreu devido às intensas modificações na estrutura demográfica de diversas populações no mundo e revelaram mudanças nos padrões de morbimortalidade das sociedades.

Os indicadores de saúde servem para demonstrar se ocorreram melhorias na saúde da população e conseqüentemente servirão para ajudar a compreender o processo de transição demográfica, que atingiu vários países, inclusive o Brasil.

O processo de transição demográfica refere-se aos efeitos que as mudanças nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade provocam sobre o ritmo de crescimento populacional e sobre a estrutura por idade e sexo. De acordo com Medronho (2006, p.91)

O processo de transição demográfica é caracterizado primeiramente pela diminuição das taxas de mortalidade em geral, acompanhada pela queda da fecundidade, que ao diminuir o número relativo de contingentes nas faixas etárias mais jovens e a ampliação da população nas faixas etárias mais idosas torna-se fator decisivo para o envelhecimento populacional.

Quando ocorrem mudanças no perfil demográfico de uma população, há mudanças no perfil das doenças. No caso do envelhecimento populacional, doenças típicas de uma

população jovem, as infecto contagiosas, apresentam-se em menor proporção quando comparadas às crônicas degenerativas, típicas de uma população envelhecida. Isto caracteriza a transição epidemiológica a qual foi descrita por Omran (1996 *apud* Monteiro 2000, p.46) ao referir-se às mudanças seculares dos padrões de saúde e doença, relacionando-os com os fatores sociais, econômicos e demográficos. Monteiro (2000, p.11) ressalta que:

À medida que os países atingem níveis de desenvolvimento mais elevados, as melhorias das condições sociais, econômicas e de saúde causam a transição de um padrão de expectativa ou esperança de vida baixa, com altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em faixas de idade precoces, para um aumento da sobrevida em direção às idades mais avançadas e aumento das mortes por doenças não transmissíveis.

O Brasil apresenta todas as características de um processo de envelhecimento tardio.

O modelo tardio descrito por Monteiro (2000), é aquele típico dos países subdesenvolvidos, em que a queda da mortalidade, mais lenta e recente que a observada nos países desenvolvidos, não é seguida da redução da fertilidade na mesma proporção.

O envelhecimento da população brasileira acontece de forma progressiva, com quedas acentuadas nas taxas de fecundidade das mulheres e com a diminuição da mortalidade.

Conforme as informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD 2007), a taxa de fecundidade, em 2006, foi de 2,0 filhos por mulher – mantendo, assim, a tendência de declínio, já que o número de filhos por mulher era de 2,7 em 1996.

Além disso, a taxa bruta de mortalidade, que representa a frequência com que ocorrem os óbitos em uma população, caiu de 6,7% em 1996, para 6,2%, em 2006 (PNAD, 2007).

Assim, à constatação dessa dinâmica provocou, de uma forma geral, o envelhecimento das populações. A próxima abordagem terá como foco a identificação do panorama da população idosa em vários contextos.

1.1 PANORAMA DA POPULAÇÃO IDOSA NO CONTEXTO MUNDIAL E NACIONAL

O crescimento das taxas de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos nas populações é um fato que chama atenção.

Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, no ano de 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano (ANDREWS, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007) estima que em 2025 o número de idosos na população mundial será cerca de 1,2 bilhões de pessoas. Destes, 100 milhões farão parte das populações das regiões da América latina e Caribe, as quais, no ano de 2000, somavam 42 milhões, ou seja, um incremento de 138%.

A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios – PNAD (2007) mostra que a esperança de vida ao nascer no Brasil teve um aumento de 3,5 anos entre o período de 1996 e 2006, quando as mulheres apresentaram um ganho de 72,3 anos para 75,8 anos, e os homens de 65,1 para 68,7 no mesmo período.

No último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2000, as pessoas acima de sessenta anos, em relação à população total, somavam 14.512.803. Os resultados da PNAD (2007) evidenciam a tendência de crescimento da população idosa

intensificada a partir da década de 60, que atualmente alcança o número de 19 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, e que superou 13 milhões de indivíduos no grupo etário de 65 anos ou mais, (o que corresponde a 10,2% e 7,1%, respectivamente, do total da população).

Segundo a PNAD (2007), a maior concentração de idosos por domicílio está nas grandes regiões: cerca de 45% vivem em apenas três Unidades Federativas: São Paulo, com 4,4 milhões de pessoas, Minas Gerais e Rio de Janeiro, com 2,1 milhões de pessoas cada. A região Norte apresentou o menor contingente, em torno de 6%.

Para o ano de 2050, segundo projeções realizadas pelo IBGE (2001), o grupo etário de mais de 60 anos, que quase duplicará, em termos absolutos. Entre 2000 e 2050 atingirá a cifra de 64 milhões, valor esse superior ao do grupo etário constituído de crianças e adolescentes com até 14 anos, estimado em 46,3 milhões. Em termos de sua participação no total da população, nesse ano os idosos representarão 24,7% contra 17,8% de crianças e adolescentes em 2050.

Portanto, o aumento da população idosa é fato de dimensão mundial. No Brasil, o aumento crescente do contingente idoso é verificado em todas as regiões. A seguir serão expostas as principais características sócio-econômicas pertinentes a esta população.

1.2 PERFIL DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA

No Brasil, são consideradas idosas as pessoas acima de 60 anos de idade ou mais, enquanto que nos países desenvolvidos, acima dos 65 anos.

Uhleberg (1987) considera idosos-jovens aqueles com idade entre 65 e 74 anos, e idosos-idosos aqueles com 75 anos, ou mais (classificação para países desenvolvidos). No Brasil, são classificados idosos-jovens aqueles na faixa etária de 60 a 74 anos.

Na última PNAD (2007), tanto os homens quanto as mulheres apresentaram mudanças na estrutura etária. As mulheres idosas representam maior número quando comparadas com o número de homens idosos. Em 1999, havia 6,9 milhões de mulheres idosas e 5,7 milhões de homens idosos, ou uma razão de sexo de 120 mulheres para cada 100 homens. A razão de sexo aumenta com idade, variando de 118 para cada grupo de 65-69 até 141 no grupo de 80 anos. Isto caracteriza o fenômeno da feminilidade do envelhecimento, ou seja, elevado número de mulheres idosas em relação ao de homens idosos.

Outro aspecto a ser considerado é o local de moradia dos idosos. Na maior parte do mundo, a quantidade de pessoas vivendo nas grandes cidades aumentou consideravelmente. Em 2000, o número de idosos residentes nas grandes metrópoles representou cerca de 81% da população total (IBGE 2001). A proporção de idosos residentes nas áreas rurais passou de 23%, em 1991, para 18,6% em 2000. Bérquo (1996) justifica que isto se deve à mortalidade diferenciada nos campos, onde o acesso aos serviços de saúde é escasso. A busca por melhores condições de vida nas cidades e as migrações que ocorreram no país nas últimas décadas, também contribuíram para o aumento da população idosa nas grandes cidades.

Em relação à etnia da população idosa brasileira, a proporção de pessoas brancas é de 57,2% e, a de pretos ou pardos, 41,6%, indicando que nesta faixa etária o número de brancos está sobre representado, uma vez que os brancos, no conjunto da população, representam apenas 49,7%, e os pretos e pardos, 49,5%. A proporção de pessoas brancas que ultrapassam os 60 anos de idade é de 11,7 % enquanto a de pretos e pardos é de 8,6% (PNAD, 2007).

Quanto ao nível educacional de pessoas a partir de 60 anos de idade, percebe-se progressiva melhora quanto ao analfabetismo, pois os resultados da PNAD (2007) mostram que, em 2006, a proporção dessas era de 33,5% e daquelas de 65 ou mais, de 36,6%. Em 1996, essas proporções eram muito superiores: 43,5% e 47,2%, respectivamente.

A distribuição da população de idosos por classes de rendimento médio domiciliar *per capita*, em 2006, permite verificar que 12,4% viviam com rendimento de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, o que é considerada uma situação de pobreza. No subgrupo de 65 anos ou mais, esta proporção era pouco menor 10,9% (PNAD, 2007).

É importante lembrar que nesta faixa etária os rendimentos oriundos da Previdência Social têm um peso significativo no orçamento. Um dos aspectos mais discutidos sobre o envelhecimento populacional se refere às questões previdenciárias.

As aposentadorias e pensões, no ano de 2006, segundo a PNAD (2007), beneficiaram um grande número de pessoas idosas. No grupo de 60 anos ou mais, o percentual de beneficiários era de 76,6%, aumentando para 84,6%, quando se referia ao conjunto de idosos de 65 anos ou mais. Há um referencial por sexo nos dois segmentos etários: no de 65 anos ou mais, 89% dos homens e 81,2% das mulheres recebiam benefícios. Esses dados corroboram as mudanças de distribuição de renda perante os grupos etários, contribuindo para diminuir o índice de idosos considerados miseráveis.

Traçadas algumas características do perfil da população idosa brasileira, observamos que ela apresenta características que chamam atenção dos pontos de vista sócio-econômico e cultural que apontam para a necessidade de outras abordagens sobre o assunto.

1.3 - O ENVELHECIMENTO COMO UMA QUESTÃO DA SAÚDE COLETIVA

Um dos grandes desafios do Estado, na atualidade, é o de estabelecer políticas de práticas de saúde: eficientes, efetivas e com equidade que atendam as necessidades da população idosa.

No Brasil, a relevância do crescente ingresso de idosos na população é incontestável. No entanto, os idosos apresentam características sócio-econômicas que os colocam num patamar de desigualdade quando comparados a outras faixas etárias. Além disso, pouco se conhece sobre esse “novo” indivíduo.

A sociedade depara-se com o antagonismo da conquista alcançada: a longevidade².

De um lado, o aumento dos anos de vida conquistados graças aos inúmeros progressos sociais, econômicos e pelos avanços tecnológicos nas diversas áreas do conhecimento que, de forma direta ou indireta, proporcionaram aumento da expectativa de vida.

Do outro lado, há a necessidade de adequação ou elaboração de ações que permitam aos idosos, usufruírem os anos de vida conquistados de forma sustentável e digna.

A Saúde Coletiva, como campo de práticas e saberes, ainda tem muito a desenvolver quanto à questão da longevidade. Juntamente com outras áreas do conhecimento, busca meios para propiciar a saúde das populações.

Não é uma missão fácil, já que o processo de transição demográfica e epidemiológico vem ocorrendo a passos rápidos, exigindo urgência em suas ações. Isso também porque, só no final do século passado, os pesquisadores ampliaram suas investigações sobre a compreensão do complexo fenômeno do envelhecimento humano.

² Qualidade daquele que é longo; longa duração da vida.

No Brasil, o aumento da expectativa de vida não significa, necessariamente, melhores condições socioeconômicas ou sanitárias das pessoas. Bérquo (1996) afirma que, em um país tão marcado por desigualdades, o processo de envelhecimento pode reforçar desigualdades em termos de qualidade de vida e de bem-estar entre diferentes estratos da população, contribuindo para aumentar a chance de exclusão dos idosos.

Ademais, segundo Veras (2007, p. 2464)

Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e uma parte menor com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigências de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

A situação exposta pelo autor revela, a tendência crescente dos idosos na utilização dos serviços públicos de saúde, além disso, alerta para o perfil epidemiológico característico desta população.

Um estudo realizado no Brasil por Sheramm *et al* (2004), na população geral brasileira, evidencia que as doenças crônicas e degenerativas correspondem a 66,3% da carga de doença; as doenças infecciosas correspondem a 23,5%; e as doenças de causas externas são responsáveis por 10,2%. Esses dados demonstram claramente a relevância desse perfil etário quanto aos aspectos epidemiológicos.

Para Costa & Veras (2003), há escassez de recursos para atender a esta demanda crescente, pois os idosos consomem mais serviços de saúde, principalmente os públicos, as

internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação dos leitos são maiores quando comparados a outras faixas etárias.

Os formuladores de políticas públicas no Brasil referem-se ao “custo social da população idosa”, calculado como três vezes mais alto que o da população em geral (VERAS, 1995).

No entanto, pouco se investiga sobre a maneira como os idosos brasileiros vêm dando significado a esse período de suas existências e sobre a forma como limitações e perdas são integradas à suas experiências. Assim, faz-se necessário conhecer o último ciclo da vida – a velhice.

As pessoas, independentemente da faixa etária, percebem seus problemas de saúde e agem diante deles, conforme os aspectos econômicos, sociais e culturais. A perspectiva antropológica pode contribuir no estudo da compreensão desta problemática, visto que as compreensões das particularidades culturais favorecem a elaboração de políticas mais adequadas às características das populações a serem atendidas.

CAPÍTULO 2 – ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE O ENVELHECIMENTO E A VELHICE

A primeira verdade sobre o envelhecimento é que todos envelhecem. A segunda é que todos envelhecem de formas diferentes” (SPIRDUSO, 2005, p.3).

O envelhecimento humano tem sido um dos temas discutidos tanto pelo senso comum quanto no meio científico.

Com o aumento da expectativa de vida, compreender as dimensões deste fenômeno tão onipotente e onipresente na vida das pessoas nos faz refletir sobre a sua complexidade e a sua importância no contexto social.

“Velhice é um termo impreciso. [...] nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social” (VERAS, 1995).

Partir do princípio utilizado pelo autor possibilita evitar a definição de um único conceito que explique o que é o envelhecimento. Reduzir a complexidade deste fenômeno a uma única vertente seria ignorar as interfaces que norteiam o universo do ser humano.

Pensar sobre envelhecer remete a duas questões: tempo e idade. A respeito da idade Spirduso (2005, p.6) argumenta que:

No nível mais simples, a idade física parece fácil de definir. É o tempo cronológico em que algo existiu, ou o número de unidades-padrão de tempo passadas entre o nascimento e uma data de observação.

O tempo mensurado por dígitos, não só determina as mudanças de ordem bio-fisiológica, mas também serve de parâmetro para assumir-se novos papéis na sociedade, *i.e.*, a

puberdade, a adolescência, a idade civil (maioridade), e a aposentadoria. Nesse nível, idade cronológica e tempo são sinônimos.

Santos (2000) argumenta que, apesar da imprecisão, o critério cronológico é um dos mais utilizados para estabelecer o início do processo de envelhecimento (pela própria necessidade de delimitar a população em estudo), para a análise epidemiológica e, também, com propósitos administrativos, para o planejamento ou de oferta de serviços.

O argumento da autora é importante nos aspectos citados. No entanto, a idéia de definição do envelhecimento apenas pelo plano cronológico descarta as influências de outros aspectos que interferem no processo de envelhecer, tais como: sociais e culturais, estados de saúde física e mental. Tais aspectos, destaca-se, estão em constantes transformações.

A conotação de tempo também sofre variações de acordo com o contexto sociocultural de um grupo. Um exemplo clássico é a noção de tempo utilizada pelos Nuer. Para este povo, (localizado na parte meridional do rio Nilo) o tempo existe de duas formas: o ecológico e o estrutural (EVANS-PRITCHARD,1993).

O tempo ecológico é contado a partir das épocas de cheia e de seca da região. Na época de seca eles têm certos cuidados com o gado – fonte principal de alimentação – para garantir a sua sobrevivência. Na época das chuvas, o grupo retorna as cabanas, onde estão os currais para os animais situados na parte mais alta. Evans-Pritchard (1993) observou que as estações da seca e da chuva é que determinam as atividades do grupo.

No entanto, o autor aponta que, apesar do que foi mencionado, o tempo é estrutural, pois está relacionado aos papéis sociais na produção e sobrevivência dos Nuer. Ou seja, tanto as relações de linhagem e parentesco, quanto os grupos etários determinam a forma de se relacionar com a noção temporal.

Não há universalização de tempo para os Nuer. Devido à existência de vários grupos distribuídos ao longo do rio Nilo, cada um deles possui seu sistema de referência baseado nos acontecimentos internos ao grupo. Estes significados mudam conforme o grupo.

Ressalta-se que o objetivo, neste momento, não é a análise do tempo como objeto de estudo, mas a relevância dele na construção e na relativização de abordagens conceituais sobre o envelhecimento humano.

2.1 ABORDAGEM BIOLÓGICA

Apesar dos inúmeros avanços na área de saúde, principalmente na Medicina, ainda não foi possível evitar o processo de envelhecimento. No máximo, conseguiu-se retardar os efeitos deletérios. O envelhecimento acontece em nível celular; existem inúmeras teorias³ que tentam explicar o que acontece no interior das células ao envelhecer. A imagem corporal vai mudando com o passar dos anos. O envelhecimento celular muda a imagem corporal das pessoas, e sua relação com o meio ambiente.

Do ponto de vista biológico, um conceito importante, é o exposto pelos autores Carvalho Filho & Papalléo Netto (200, p.1)

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte

³ Teorias genéticas, Teorias dos danos, Teoria do desequilíbrio gradual, Teoria da auto-imunidade, Teoria dos radicais Livres, entre outras (NERI, 2007).

Jeckel Neto (2007), em sua abordagem sobre o envelhecimento biológico, ressalta que a maioria dos fenômenos, nesta área, são observados de maneira atemporal, e que a grande questão é observar o que acontece com as variáveis biológicas à medida que o tempo passa.

O autor ressalta da importância do ambiente na observação das mudanças das variáveis biológicas. Ele considera o ambiente como sendo uma variável independente, mutável ao longo do tempo, e que interfere, portanto, positivamente ou negativamente no processo de envelhantar-se.

O conceito biológico de envelhecimento é o mais explorado na maioria das pesquisas. Este fato é demonstrado através do grande número de pesquisas concentradas nas áreas da ciência da saúde e biológicas focando as alterações de ordem anatomo-fisiológica do processo de envelhecer. No entanto, o homem não é dotado apenas de um corpo físico, ele também é composto de pensamentos e comportamentos, os quais lhe atribuem o real significado da vida.

2.2 ABORDAGEM PSICOLÓGICA

Do ponto de vista da Psicologia, o processo de envelhecimento biológico acarreta mudanças nas competências comportamentais do indivíduo ocasionadas pela necessidade de respostas às mudanças do ambiente. Embora não seja o foco desta pesquisa, é importante considerar esta dimensão, que será brevemente tratada.

Esta visão a respeito do processo de envelhecer foi recentemente concebida. Antes, os estudos abordavam a questão do desenvolvimento psicológico apenas na idade da infância e na adolescência e muito pouco na idade adulta.

Conforme Neri (2007, p.14)

A psicologia do envelhecimento é área que se dedica à investigação das alterações comportamentais que acompanham o gradual declínio na funcionalidade dos vários domínios do comportamento psicológico, nos anos mais avançados da vida adulta.

Essa nova abordagem sobre a velhice surgiu da necessidade de investigar a influência das experiências da infância e da adolescência sobre a velhice e, também de psicólogos que trabalhavam com a vida adulta e a velhice e passaram a estender o âmbito dos seus conhecimentos e estudos para a direção oposta do curso de vida (BALTES *et al*, 1998).

O desenvolvimento humano ocorre durante toda a vida. Para Erik Erikson (1990) o sentido da identidade de uma pessoa desenvolve-se através de uma série de estágios psicossociais ao longo da vida.

O autor, um dos pioneiros desta linha, relata que existem oito estágios de desenvolvimento cognitivo e da personalidade, sendo o período de vida adulta (considerado após os 41 anos) denominado de integridade do ego *versus* desespero, sendo que a integridade do ego é caracterizada por fatores intrínsecos à velhice, como: dignidade, prudência, sabedoria prática e aceitação do modo de viver. Desespero seria, possivelmente, medo da morte.

É importante salientar que os indivíduos desenvolvem, com o avançar dos anos, uma imagem de si através da sociedade e da cultura na qual estão inseridos. Criam limites próprios, relacionados às capacidades pessoais e à realização humana.

2.3 ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA

Este estudo tem como foco, a abordagem antropológica.

Nesta perspectiva, a velhice e o processo de envelhecimento são construções sociais e estas construções variam conforme a cultura de cada sociedade.

Motta (2007) observa que as sociedades, em diferentes momentos históricos, atribuem significados específicos às etapas do curso de vida dos indivíduos, conferindo-lhes papéis e funções. Utilizando as palavras de Pierre Bourdier: “somos sempre o jovem ou o velho em relação a alguém” (BOURDIER, 1983). Ou seja, ser velho ou ser jovem é sempre uma perspectiva relacional. Desta forma, a velhice e o envelhecimento têm conceitos e significados múltiplos

Debert (2006) compartilha igualmente dessa afirmação ao relatar que o processo biológico que nos constitui resulta da elaboração simbólica que define fronteiras entre as idades pelas quais as pessoas passam e que não são necessariamente as mesmas em todas as sociedades.

Segundo Veras (1995), a velhice do ponto de vista cultural, deve ser percebida diferentemente em um país com uma expectativa de 37 anos de vida, como Serra Leoa, e outro de 78 anos de vida, como é o caso do Japão.

As diversas realidades empíricas afirmam isto. Basta observar os estudos a respeito da velhice e do processo de envelhecimento em diferentes culturas. Como no caso dos Nuer que consideram a velhice como um *status* social, em que os jovens devem respeito aos mais velhos.

Um estudo feito por Uchôa (1988), sobre os Bambara do Mali, aponta que a velhice é considerada uma conquista. Para os Bambara, o envelhecimento é um processo contínuo de crescimento humano. Criar os filhos, netos e acumular conhecimento fazem com que o idoso, conquiste uma posição privilegiada na sociedade.

Arcand (2003) ao realizar um estudo sobre os Cuiva – indígenas da Colômbia – observa que este grupo étnico nega todas as formas de envelhecimento: preocupados com os ideais de igualdade e homogeneidade que estruturam sua sociedade, evitam tudo o que pode provocar quebra social.

Um estudo feito por Fustinoni & Passanante (1980), demonstra que o significado da velhice muda no contexto histórico e revela a conduta eliminatória assumida nas sociedades primitivas.

Segundo os autores, alguns povos acreditavam na reencarnação após a morte. Devido a esta crença, matavam os velhos antes que sofressem os declínios da velhice. Outras comunidades, como as do sul do Sudão, enterravam os idosos vivos quando estes se apresentavam debilitados.

Ao observarmos as variações nas formas de tratamento da velhice e do envelhecimento, fenômenos antes considerados naturais, passam a ser encarados como fenômenos diretamente influenciados pela cultura.

No tocante à saúde, a grande maioria dos trabalhos científicos brasileiros sobre os idosos, velhice ou envelhecimento têm como tema questões de cunho biológico. Um estudo realizado no Brasil por Prado & Sayd (2007), ao utilizar os dados disponibilizados pelo

CNPQ⁴, concluiu que cerca de 80% dos grupos de pesquisa são das áreas das Ciências Biológicas e da Saúde e apenas 20% das pesquisas são da área das Ciências Sociais.

O foco das pesquisas nos aspectos clínico e epidemiológico é extremamente pertinente. Sabemos que a população idosa é mais suscetível a doenças quando comparadas a outros grupos etários. Campos (2006) argumenta que: “a saúde e a doença dependem de fatores da ordem do orgânico ou da ordem do biológico, ainda que não somente deles.”

O autor ressalta que as condições econômicas, sociais e culturais têm influência sobre a saúde das pessoas. A forma como cada sociedade percebe a saúde, sexualidade, diferenças de gênero, de etnia ou mesmo econômicas, ampliam ou reduzem as possibilidades de se ter ou não saúde.

As Ciências Sociais vêm buscando ampliar a investigação sobre aqueles que envelhecem. No âmbito da saúde, a Antropologia tem dado grandes contribuições.

A perspectiva holística sobre o processo saúde e doença começa a ganhar força e a ter mais adeptos através do pioneirismo dos médicos-antropólogos Rivers e Ackerknecht. Eles argumentaram que as idéias e práticas de saúde e doença são ligadas ao contexto cultural no qual se encontram e que não são fenômenos fragmentados (LANGDON, 2003). Sendo assim, a Antropologia é impulsionada a abordar a saúde mais diretamente.

As reflexões feitas por Mauss (2003) e Levi-Strauss (2003), embora não se dirijam diretamente a área da saúde, possibilitaram um novo olhar para a saúde e a doença. Ambos, abordavam a relação entre o fisiológico, o emocional, as práticas culturais e o contexto social entre os indivíduos e os grupos.

⁴ Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)

O Ensaio sobre a idéia de morte de Mauss (2003) coloca em pauta a preocupação da Medicina com as doenças psicossomáticas.

Em *as técnicas do corpo*, Mauss (2003), afirma a importância do estudo da maneira como cada sociedade faz uso de seu corpo. O autor não só reconhece o valor do estudo do corpo sobre o problema da integração cultural, como também sua importância intrínseca, ou seja, o grupo modela o corpo dos indivíduos à sua imagem.

Segundo Lévi- Strauss:

O esforço “irrealizável”, a dor “intolerável”, o prazer “extraordinário” o aborrecimento são menos função das particularidades individuais que de critérios sancionados pela aprovação ou a desaprovação coletivas [...] Em face das concepções racistas que querem ver no homem um produto de seu corpo, mostrar-se-ia, ao contrário, que o homem que, sempre e em toda parte, soube fazer de seu corpo um produto de suas técnicas e de suas representações (LEVI-STRAUSS, 2003, p.5-6).

Mauss e Lévi-Strauss mostram que as doenças, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva, mas que a vivência desses processos pelas pessoas e pelos grupos sociais está intimamente relacionada à cultura de cada sociedade.

Langdon (2003) comenta que há uma proposta de um modelo alternativo ao da Biomedicina para entender o processo de doença; as discussões em Antropologia consideram saúde e doença como processos psicobiológicos e sócio-culturais e a doença passa a ser vista como o resultado do contexto cultural.

A autora acrescenta que, do ponto de vista da cultura, a doença é conceituada como um processo e não um momento único ou uma categoria fixa. É uma seqüência de eventos, em que se deve entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida e, se possível, aliviar tal sofrimento.

Nada é puramente natural no homem (CUCHE,1999).

No caso da velhice, considerado um fato “natural” da vida, talvez seja um dos ciclos mais cheios de significados e representações simbólicas. A velhice tão enigmática — e, por muitos, indesejada — poucos ousam aceitar de forma “natural” e passiva.

Na maioria das sociedades, principalmente na ocidental, a velhice é considerada um tabu. Geralmente tratada na terceira pessoa. Uma das únicas certezas da vida é a morte física. Outra certeza é a que se não se morre jovem, envelhecerá, ficará velho.

Reitera-se que no último ciclo da vida a cultura está presente. O conceito de cultura adotado por este estudo é o descrito por GEERTZ:

A cultura, quando considerada um conjunto de mecanismos simbólicos para controle do comportamento, forma um vínculo entre o que os homens são capazes de se tornar e o que eles realmente se tornam. Assim, tornar-se homem, pressupõe tornar-se um ser individual, mas sob a direção de padrões culturais. São estes padrões culturais que acabam direcionando as nossas vidas, pois são sistemas de significados que vão sendo criados ao longo da história, pelos próprios homens, dando um objetivo, uma forma e uma ordem para nossos diversos atos. A cultura modela o homem tanto na sua característica comum como espécie humana, como na sua totalidade (GEERTZ, 1989, p.64).

Ao compreender a dinâmica econômica, social e cultural da população que envelhece, são percebidos os aspectos que influenciam a maneira como os idosos percebem a saúde e a doença.

Para Langdon (2003), as interações sociais são baseadas numa realidade simbólica que é constituída de, e por sua vez, constitui os significados, instituições e relações legitimadas pela sociedade. Rodrigues comenta que

A cultura funciona como uma espécie de grade que se aplica sobre um território originalmente indistinto, seccionando-o e estabelecendo em partes, assim constituídas, contrastes e diferenças que se responsabilizam, a partir de então, pela constituição do sentido (RODRIGUES, 1983, p.43).

Um exemplo atual é a exacerbada valorização do corpo jovem na sociedade ocidental, onde a velhice é encarada como algo a ser disfarçado ou negado, diferente da sociedade oriental em que, há séculos, a velhice é reconhecida como sinônimo de experiência e respeito na hierarquia etária. Tal fato pode ser confirmado através dos estudos realizados por Scott (2003), o qual compara envelhecimento e juventude no Brasil e no Japão, como também na abordagem do corpo fabricado pela cultura feita por Brandini (2008). Segundo Brandini:

A ‘fabricação do corpo’ na contemporaneidade é tão forte quando na era primitiva: a pós-moderna infringe sobre o corpo humano a marca de seu momento sócio-histórico atual, utilizando na ‘fabricação do corpo pós-moderno’, todas as tecnologias disponíveis no mais alto grau de conhecimento humano, como *peeling*, laser para cirurgia plástica e implante de cabelos; químicas e farmacologia para emagrecer, aumentar, endurecer e estreitar as formas; materiais sintéticos como silicone e metais como ouro, platina e cobre para aumentar os seios, segurar a face e esticar os ossos tudo para tornar o corpo o ícone do momento presente: o belo e o ideal de acordo com sua cultura (BRANDINI, 2008, p.2).

Portanto, a cultura, como um sistema simbólico, cria significados sobre doença ou saúde, como também elabora estratégias na busca da cura conforme são percebidos esses estados.

Através da Antropologia, os estudos sobre o envelhecimento e as questões relativas à saúde do idoso ganharam uma conotação inovadora. Isto aconteceu no momento em que ocorreu a quebra da visão universalista do envelhecimento e da velhice (DEBERT, 2004).

A visão meramente orgânica começa a mudar a partir de estudos realizados em sociedades não ocidentais (SCOTT, 2003), os quais demonstraram imagens positivas da velhice e do processo de envelhecimento. O tabu da velhice ligada apenas a perdas e declínios começou a ser indagado.

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento num passado recente era tratado como uma questão da vida privada, por representar perdas e onerar a família, como assunto da caridade pública, no caso dos pobres e indigentes, e, de forma bastante reducionista, como questão médica (MINAYO & COIMBRA, 2002).

A descoberta da velhice pela sociedade ocidental despertou a necessidade de novas investigações sobre o processo de envelhecimento e as faces da velhice. O convívio com pessoas idosas passou a ser uma rotina para a maioria das pessoas. Eles transitam nos domínios públicos e privados, compartilham de decisões políticas e assumem novas posições no núcleo familiar e na sociedade.

A abordagem da saúde dos idosos através do olhar antropológico tem mobilizado alguns autores a investigar esta temática. Debert (2004), Neri (2007), Barros (2007), Coimbra & Minayo (2002), Uchôa *et al* (2002) encaram o envelhecimento como um fenômeno universal que gera problemas comuns, mas que podem ser vividos e resolvidos diferentemente nas diversas culturas. A relação da saúde dos idosos com a religião, com a cultura do corpo, e com gênero tem sido as abordagens feitas por Motta (2002) e Heck & Langdon (2003).

A saúde atrelada ao poder de consumo da saúde foi o foco de um estudo realizado por Uchôa *et al* (2004). Este estudo aconteceu na cidade de Bambuí, em Minas Gerais. A partir de informações obtidas por intermédio de entrevistas com informantes-chaves e reconstruções de histórias de vida, demonstrou-se que a avaliação da gravidade e da relevância de um

problema de saúde parece ser determinada mais pela possibilidade de enfrentá-lo do que pelo problema em si. Essa possibilidade estava associada ao apoio familiar e ao acesso a cuidados médicos. Para um grupo de senhoras com alto poder aquisitivo, apesar dos vários problemas de saúde por elas mencionados (diabetes, doença de chagas, fraturas, cardiopatias), eles não constituíam um problema. Com exceção destas, que podiam consultar médicos particulares, todas as outras relataram dificuldades para conseguir consultas no sistema público de saúde. Portanto, o fator econômico do idoso e de sua família era determinante para a manutenção da saúde.

A saúde vinculada ao poder de consumo reflete as desigualdades que identificam o acesso do idoso brasileiro aos serviços de saúde e aos medicamentos.

O estudo citado também revela a importância de compreender como o idoso vivendo em determinado contexto sócio-econômico, percebe sua saúde, o que ele determina como problema e de que forma consegue resolvê-lo.

A abordagem antropológica serve para refletirmos sobre o estudo da experiência e de sua interação com diversos elementos do contexto social e cultural. Logo, um valioso instrumento para a Saúde Coletiva e uma ferramenta fundamental para analisar a percepção de saúde e doença de idosos residentes em determinados locais. Neste caso, os idosos moradores do Morro da Penha no município de Santos-SP.

CAPÍTULO 3 – OBJETIVO E MÉTODO DE PESQUISA

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é o de compreender a percepção de saúde e doença de idosos moradores do morro da Penha, município de Santos-SP.

A relevância deste estudo é a possibilidade de compreender a percepção de saúde e doença daqueles que envelhecem nesse contexto social. Com isto, busca-se contribuir para um olhar mais sensível às necessidades de saúde dos idosos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo.

Foram utilizados métodos e técnicas de pesquisas tradicionais da Antropologia, entre eles a observação etnográfica densa e entrevistas em profundidade.

Segundo Víctora (2000), através da pesquisa etnográfica,

[...] se constrói tomando como base a idéia de que os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se tomarmos como referência o contexto social onde eles atuam. Observar, na pesquisa qualitativa, significa examinar com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo (VÍCTORA *et al*, 2000,p.53).

Geertz (1989) afirma que a etnografia é uma descrição densa. O autor mostra que o trabalho do pesquisador de campo vai além da rotina da coleta simples e pura de dados, o olhar deve ser atento e apurado a detalhes.

Para GEERTZ:

Fazer etnografia é como tentar ler (no sentido de “construir uma leitura de”) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não como os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado (GEERTZ, 1989, p.20).

Os dados coletados foram obtidos por meio do registro detalhado das observações etnográficas e entrevistas em profundidade, gerados pela relação que se estabeleceu entre pesquisador e pesquisado.

Quanto à escolha do morro da Penha, este deu-se por vários motivos: inicialmente, pela contradição entre “pensar” que a cidade de Santos é plana sendo que ela possui 17 morros; em seguida, devido ao fato de a publicidade local ressaltar o município como um dos melhores locais do país para se viver na terceira idade (como se a cidade se limitasse apenas à orla da praia, onde estão concentradas pessoas com maior poder aquisitivo).

A escolha específica do morro da Penha também se justifica por seu elevado número de habitantes e por seu valor histórico para a região da Baixada Santista. É um local com características sócio econômicas e culturais específicas que se contrapõem à velhice dos idosos “ricos” da cidade “plana”. Confirmam, também, os dados estatísticos demográficos de que há aumento crescente de pessoas idosas nos estratos sociais menos favorecidos, predominantes no morro da Penha.

A primeira observação do campo estabeleceu-se em dezembro de 2007.

Inicialmente foi realizado um levantamento histórico do local, e, simultaneamente, foi desenvolvido um processo de reconhecimento da comunidade.

Através de informantes chaves, o campo foi apresentado: primeiramente, a estrutura física do local, ou seja, um *city tour* pelas vielas e caminhos estreitos do morro. Obteve-se, assim, um mapa de localização do espaço. Num segundo momento, apresentaram-se alguns moradores idosos e representantes do centro de convivência, associação dos moradores, posto de saúde, agentes comunitários, comerciantes locais, entre outros.

O trabalho de conhecer a dinâmica social desta comunidade estendeu-se até 19 de Dezembro de 2008.

Foram realizadas dez entrevistas em profundidade. Participaram cinco homens idosos e cinco mulheres idosas com idade igual ou superior a 60 anos. A média de idade entre os participantes foi de 70,3 anos.

NOME	SEXO	IDADE	NATURAL	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA	COMPARTILHA MORADIA
L	F	60	Santos-SP	Solteira	Ensino fundamental	Costureira	Aposentadoria	Com a mãe
ML	F	64	Sergipe-AL	Casada	Ensino fundamental	Faxineira	Aposentadoria em andamento	Com marido, filhos e netos
M	F	72	Recife-Pe	Separada	Analfabeta	Faxineira	Aposentadoria	Com filhos e netos
C	F	74	Salvador- BA	Viúva	Ensino fundamental	Costureira	Pensionista	Com filhos e netos
MP	F	83	Santos-SP	Viúva	Ensino fundamental	Costureira	Pensionista	Com uma filha
E	M	62	Santos-SP	Casado	Ensino fundamental	Pedreiro	Está na ativa (trabalhando)	Com a esposa
R	M	66	Santos-SP	Casado	Ensino fundamental	Estivador	Aposentadoria	Com a esposa e filhos
A	M	68	Santos-SP	Separado	Ensino fundamental	Estivador/comerciante	Aposentadoria + renda extra	Com uma filha
J	M	73	Santos-SP	Casado	Ensino fundamental	Peixeiro	Aposentadoria	Com a esposa e filhos
I	M	79	Santos-SP	Viúvo	Ensino fundamental	Comerciante	Aposentadoria + renda extra	Sozinho

Os critérios de inclusão na pesquisa foram que os idosos entrevistados: fossem moradores do morro da Penha, no município de Santos-SP; fossem classificados como independentes (SPIRDUSO, 2005), ou seja, idosos que realizam as atividades básicas (ABVD)⁵, intermediárias (AIVD)⁶ e avançadas da vida diária (AAVD)⁷; que aceitassem participar das entrevistas e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Através do informante chave foi possível selecionar os idosos com estas características.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, com duração média de 01h e 15 minutos. Elas foram analisadas considerando-se as categorias construídas de acordo com o objetivo deste estudo e com o referencial teórico citado na bibliografia.

⁵ ABVD – São atividades relacionadas ao auto cuidado.

⁶ AIVD – São atividades relacionadas para a manutenção da independência (caminhar, atividades domésticas como passar, lavar e cozinhar etc...).

⁷ AAVD – São atividades que se referem as funções necessárias para viver sozinho, sendo específico para cada pessoa.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As questões éticas relacionadas aos temas tratados foram respeitadas durante a pesquisa de campo, isto é, com relação às entrevistas com os idosos, foi formalizado o compromisso de não divulgação de nomes. Assim, foram realizadas entrevistas com pessoas que se dispuseram a conversar sobre o tema. Às perguntas feitas não foram exigidas respostas. As entrevistas foram gravadas também com aprovação dos entrevistados, o que atesta o respeito aos direitos dos entrevistados no desenvolvimento da pesquisa. Todos participantes do presente estudo assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNISANTOS processo N° 1486-20-2008.

CAPÍTULO 4 - O MORRO DA PENHA: A VELHICE DO ALTO.

4.1 DESCRREVENDO O CAMPO

Talvez a primeira experiência do pesquisador de campo (ou no campo) esteja na domesticação teórica de seu olhar (OLIVEIRA, 1996, p.15).

A cidade de Santos faz parte do litoral do estado de São Paulo. Localizada a 68 km da capital paulista foi conhecida, primeiramente, por causa de seu porto, o maior da América Latina.

Apontada pela ONU como uma das localidades brasileiras com o mais elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) equivalente a 0, 871 (SEADE, 2008). Conforme a Fundação de Sistema Estadual (SEADE, 2008), a cidade apresenta uma população de 425.667 habitantes, distribuídos numa área de 271 km², sendo 39,4 Km de região insular e 231,6 km de área continental.

Um fato que chama atenção na cidade de Santos é a grande concentração de idosos na população. Em 2006, conforme o (SEADE, 2008) a cidade de Santos apresentou um índice de envelhecimento (proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos) em torno de 90,34%, com uma população composta por 17,09% de sua população acima dos 60 anos de idade, a mais elevada do Estado de São Paulo, representando 10,52% do total.

Em comparação com a capital paulista e outras cidades do país, a cidade de Santos é lembrada como uma cidade plana, sem ladeiras que dificultem a locomoção das pessoas. No

entanto, a partir do século XX, começou mais efetivamente a ocupação das áreas dos morros. São exatamente 17 morros que compõem a cidade “plana” (RODRIGUES, 1980).

Dentre o conjunto de morros está o morro da Penha, que recebeu este nome por ser formado por uma imensa superfície rochosa, conhecida como penhasco ou simplesmente penha.

Historicamente, o morro teve sua ocupação inicial feita por imigrantes europeus, principalmente portugueses, espanhóis e italianos. Tais imigrantes, em busca de um local de moradia que atendesse as características de suas cidades natais, ergueram suas casas, criaram seus filhos e construíram sua história.

No início da década de 60 o perfil desta população começa a mudar. Com a construção da rodovia Anchieta e Imigrantes, migrantes nordestinos, a maioria trabalhadora da construção civil, começam a ocupar a região dos morros, inclusive a do morro da Penha (RODRIGUES, 1980).

Os imigrantes europeus iniciam a ocupação de outras áreas da cidade, como, o centro da cidade e a orla da praia; enquanto isto, nos morros, começa a ocupação desordenada e sem planejamento, ocasionando mudanças no perfil sócio-econômico da população do morro (RODRIGUES, 1980).

Atualmente, o morro da Penha apresenta uma população estimada de 2,5 mil habitantes e a maioria dos moradores são trabalhadores informais (camelôs, diaristas, vendedores ambulantes etc.). As condições econômicas e sociais desta população são caracterizadas pelo baixo poder aquisitivo, baixo grau de escolaridade entre os adultos e presença marcante do narcotráfico (SEPLAN, 2007).

Olhar o morro da Penha, de baixo e de fora, exigiu desde o primeiro instante a domesticação do olhar para esta realidade.

O exercício de relativização cultural acontece desde o momento da escolha do local, realidades distintas e extremamente próximas. Inicialmente, o choque e o medo, logo após, a ansiedade e a curiosidade prevalecem empurrando o olhar para o alto — o alto do morro.

O morro da Penha está localizado na entrada da cidade, entre os morros de São Bento e Monte Serrat, próximo ao cemitério da Filosofia — o famoso “pé na cova”. Existem dois acessos para subir o morro: o principal que é feito pela rua do cemitério e o outro que é realizado pela escadaria próxima da Escola Maria Patrícia.

A primeira visita ao campo aconteceu através de convite de uma moradora. Residente no morro há cinco anos, A (28) paraibana, doméstica, mãe solteira de dois filhos, veio para a cidade de Santos, como muitos outros, em busca de uma vida melhor.

A (28) apresenta não só o morro, mas, descreve a realidade do cotidiano diferente daquela conhecida através dos versos de poetas e das letras de músicas de sambistas famosos ou do noticiário que enfatiza o narcotráfico.

Numa tarde de sábado de janeiro, sob o sol escaldante de verão, o olhar se volta para o alto e atenta para o iminente desgaste físico da subida ladeira, aparentemente infinita.

O olhar atento às peculiaridades, capta a presença dos “olheiros”⁸ passando o sinal, o portão do cemitério aberto, a floricultura, a farmácia, o bar, tudo no topo do morro, como dizem os moradores: “no pé do morro”.

Um aspecto marcante do local é a questão topográfica.

⁸ São aqueles que olham por alguma coisa; os que vigiam tudo que acontece no local. Tem a função de manter informado o chefe do tráfico de toda a movimentação.

No morro da Penha o acesso dos meios de transportes é feito com muita dificuldade. Existe apenas uma única rua pela qual é possível chegar até o Largo da Caveira. À medida que se sobe o morro, verifica-se que a rua principal torna-se mais estreita e dificulta, assim, a passagem de carros.

Como o transporte público é inexistente, os moradores convivem constantemente com a dificuldade topográfica e elaboram estratégias para carregar compras, mudanças e pessoas com dificuldade de locomoção.

A arquitetura das casas (mal conservadas), cuja beleza está em cada traço e forma das construções, revela a passagem dos antigos moradores europeus. Essas mesmas construções dividem espaço com outros tipos de arquitetura, executadas por mãos de migrantes nordestinos. Essa miscelânea de estilos indica que ocorreram mudanças no espaço, ao longo do tempo.

Determinadas áreas do morro são consideradas áreas de risco pela defesa civil, ou seja, inadequadas para qualquer tipo de construção. Mesmo assim, observa-se a presença de casas em tais áreas.

A fragilidade social também pode ser detectada através das condições de moradia.

No morro observam-se três categorias de moradias:

1. Aquelas onde residem os moradores de poder aquisitivo melhor — casas simples, porém bem conservadas e amplas;
2. Aquelas intermediárias, de padrão inferior quando comparadas à primeira categoria;

3. Os barracos, mal planejados e localizados, na grande maioria, na parte mais alta do morro.

Mesmo em um espaço delimitado, percebe-se a diversidade das condições sócio-econômicas. As residências são dispostas de forma que poucas têm área de recuo. A proximidade entre as casas e a rua demonstra que a privacidade individual está inserida no coletivo. É comum o olhar dos moradores tentando “invadir” o interno das residências (não precisa fazer muito esforço físico para isto, devido à proximidade das casas).

A urbanização do morro não atinge toda área. Tanto a rede elétrica quanto o sistema hidráulico são facilmente adulterados e feitos de forma desordenada, colocando em risco a integridade física dos moradores.

A coleta de lixo, em alguns trechos, é feita de forma precária. Em certos pontos, o lixo fica exposto por dias. Cabe aos moradores recolherem e levarem o lixo até a lixeira principal; porém, como esse trabalho não é feito, a proliferação de insetos e o exalar de mau cheiro fazem parte de alguns locais.

O comércio local resume-se a pequenas “vendas” e uma mercearia de pequeno porte no Largo da Caveira. Outros tipos de comércio considerados essenciais, como açougue, padaria, farmácia, entre outros, apenas são encontrados no início da subida do morro.

O comércio informal de vendas de produtos caseiros é bem utilizado entre os moradores, especialmente a venda de doces, salgados e sorvetes caseiros. É interessante observar que a divulgação desses produtos é realizada boca-a-boca ou com uma placa – feita à mão — fixada na porta das casas com indicação da venda.

Tanto a saúde local como a educação são providos pelo poder público.

No local existe uma única escola (Escola Municipal Martins Fontes) que atende as crianças e adolescentes até o Ensino Fundamental. A escola também é a única responsável por alguns momentos de lazer, pois possui uma quadra na área externa, que é utilizada pelas crianças para jogarem futebol e realizarem algumas brincadeiras no final de semana; entretanto não há acompanhamento de tais atividades pelos funcionários do colégio.

Os moradores relatam que a escola é mal utilizada que, o período letivo escolar é marcado por faltas constantes dos professores e que, nos finais de semana, não existe o programa “Escola da Família”.

O Centro de convivência assume papel importante no cotidiano dos moradores, principalmente para as crianças e os idosos. Atende as crianças no período diurno oferecendo atividades dirigidas que vão desde reforço escolar até refeições e servindo também como apoio para as mães que precisam trabalhar e não têm com quem deixar os filhos.

Para os idosos são oferecidos alguns cursos de artesanato e, esporadicamente, um lanche no salão do posto de saúde. Segundo a coordenadora do Centro de convivência do morro da Penha, o espaço é pequeno e infelizmente não pode atender a toda demanda local. O número de crianças é estipulado e as atividades para os idosos são escassas.

No tocante à saúde, o Programa de Saúde da Família — PSF assume o papel de administrar essa questão.

Em agosto de 2007, foi inaugurado o posto de saúde próximo ao Largo da Caveira. Isto é considerado uma das grandes conquistas para os habitantes do morro. Segundo eles, não é mais preciso descer o morro para certos procedimentos médicos.

A presença dos agentes comunitários, além de facilitar o acesso aos serviços médicos, possibilitou ao poder público conhecer as necessidades de realidades bem distintas das famílias lá residentes.

Vale ressaltar que os idosos do morro foram o grupo etário que mais se beneficiou com a implantação do posto médico. Antes, qualquer atendimento só era possível fora do morro. Atualmente, todos os idosos cadastrados no PSF recebem a visita dos agentes comunitários que realizam o trabalho de prevenção e acompanhamento da saúde desses idosos.

A religião está também presente na comunidade. Mesmo nas vielas estreitas do topo do morro da Penha, em pequenos salões, é possível encontrar a Igreja Evangélica e a Presbiteriana.

Próximo ao Largo da Caveira, a Igreja Católica se faz presente na mais imponente e melhor localizada construção: a Igreja de Nossa Senhora da Penha.

A presença de religiões de origem africana, como o Candomblé e a Umbanda, não foi percebida ou identificada em local aberto ao público como as religiões citadas anteriormente.

Outra característica marcante é a falta de um espaço livre arborizado e urbanizado dirigido para o lazer dos moradores. O único espaço existente é o Largo da Caveira. Nesse local está localizado o único bar e o único espaço destinado à realização de eventos para o público em geral. Lá ocorrem desde comícios políticos até encontros “*Gospel*” e baile *funk*.⁹O Largo da Caveira é também ponto de encontro de traficantes.

⁹ Estilo musical simples e vigoroso, originário dos Estados Unidos.

O baile *funk* (que acontece mensalmente, geralmente às sextas feiras, das 23h às 7h da manhã) é, inclusive, organizado pelo tráfico local. Os chefes bancam o evento onde a compra e venda de drogas são feitas livremente. O consumo ocorre ao ar livre, nas vielas estreitas, às claras, sem pudor ou restrição¹⁰. Segundo os moradores, o convívio com tal situação tornou-se “normal”. A repressão da polícia nesse tipo de evento é quase inexistente.

Uma das queixas comuns dos moradores de diferentes faixas etárias é a falta de opção de lazer no local ou próximo. Segundo eles, o “isolamento” no morro leva principalmente os jovens a aderir à utilização de drogas e bebidas alcoólicas.

4.2 A POPULAÇÃO LOCAL

As pessoas transitam tranquilamente pelas ruas e vielas do morro. Crianças, adolescentes, adultos e idosos compartilham não só o espaço, mas também comportamentos.

As crianças podem ser encontradas em grande número e a qualquer horário nas ruas e vielas; brincam com brinquedos alternativos feitos de sucata, empinam pipa na laje e costumam realizar as famosas brincadeiras de rua como: amarelinha, rouba-bandeira, cabra-cega etc.

A capacidade de criar alternativas para execução das brincadeiras pode ser vista em toda parte. A bola confeccionada de meias velhas, a improvisação do espaço para a realização da partida de futebol, entre outros.

Os adultos cumprimentam, especulam, sorriem, convivem, ocupam, interagem são atentos e curiosos. No primeiro olhar, nada de extraordinário, crianças brincam, homens e

¹⁰ As informações foram veladas através de depoimentos de moradores.

mulheres saindo ou chegando do trabalho e alguns idosos nas janelas ou em cadeiras dispostas na frente das casas. No entanto, percebe-se a existência de uma rotina paralela ao cenário descrito.

Jovens que circulam de forma sorrateira, observando quem entra e quem sai do morro, mantêm “alguém” informado da rotina. Esse alguém precisa estar informado de tudo o que acontece ou virá acontecer no local. Até mesmo esta pesquisa foi antecipadamente informada para que fosse obtida a devida autorização.

Mundos paralelos convivem diariamente no morro da Penha. O mundo do narcotráfico e o mundo das “pessoas comuns”. Essa relação parece bem administrada por toda a comunidade, um mundo não interfere no outro. Não dá palpites, não delata, não revela, apenas convive.

A sociabilidade entre os moradores sofreu algumas modificações ao longo dos últimos anos. Segundo o relato do informante chave, a rotatividade dos moradores ocasionou certo isolamento no núcleo familiar. Em tempos passados, os moradores residiam por muito tempo no mesmo local, e apenas saíam quando ficavam muito velhos ou quando mudavam de cidade. A grande rotatividade impossibilitou a aproximação das pessoas, principalmente a consolidação de laços mais estreitos, os quais geralmente levam certo tempo para serem firmados.

O contato com a diversidade de atores sociais encontrados no morro da Penha serviu para refletir sobre alguns estereótipos criados a respeito das pessoas e do local.

No morro da Penha, a vida acontece, peculiar e intrigante. Gerações compartilham as necessidades, privações, conquistas e alegrias. Há aspectos positivos e negativos na vida de seus residentes.

CAPÍTULO 5 – CRESCER, VIVER E ENVELHECER NO MORRO DA PENHA: O PASSADO PRESENTE NA VIDA DOS IDOSOS

Chega o momento de complementar o olhar com o ouvir.

Após o período de observação do campo, onde prevaleceu o olhar, o foco passa a ser as falas de idosos.

Não houve dificuldades em conseguir um grupo relativamente homogêneo — homens e mulheres que vivenciam a velhice e que passaram a maior parte de suas vidas, ali, no morro.

Como diria J (62) *“Eu não falo que moro no morro, eu falo que é cidade alta... Quem mora no morro já tá pertinho do céu”*.

Com a ajuda do informante chave o I (45), além de ser o anfitrião perante a comunidade, possibilitou, também, o contato com o agente comunitário, Ir (19). Este, é conhecido entre os moradores pela educação e atenção, principalmente pelo bom atendimento dirigido aos idosos.

A intenção inicial foi, informalmente, conhecer o cotidiano dos moradores idosos. As conversas aconteceram “por acaso”. O intuito era tentar formatar um roteiro de entrevistas coerente com o objetivo do estudo. Assim surgiu o piloto, que além de fundamentar as entrevistas, ajudaria a conquistar a confiança desses idosos.

Consideram-se as palavras de Oliveira (1996) que:

Tal interação na realização de uma etnografia envolve em regra, aquilo que os antropólogos chamam de “observação participante”, o que significa dizer que o pesquisador assume um papel perfeitamente digerível pela sociedade observada, a ponto de viabilizar uma aceitação senão ótima pelos membros daquela sociedade, pelo menos afável de modo a não impedir a necessária interação (OLIVEIRA, 1996, p.19).

A história dos idosos entrevistados se confunde com a história do próprio morro.

Há momentos, falas e fatos que, além de surpreender o pesquisador, causam a sensação e depois a certeza do quanto se pode apreender observando a cultura do outro.

Algo em comum marca as entrevistas: o antigo bairro chinês, hoje o bairro do Saboó, localizado no início da subida do morro. Como explica o E (62 anos), morador do morro há 23 anos: “É assim, quem nasce ali vive aqui.”

Nas narrativas dos entrevistados, principalmente nas cinco entrevistas do gênero masculino, surgem lembranças do antigo bairro:

O R (66) explica:

“[...] hoje é o bairro do Saboó... Ou... Valongo, desculpe não é Saboó, ali era bairro chinês, maravilhoso! Ali era donos do café, era só dono do café. Agora acabou, agora é como se diz? Empresas, é empresas, transportadoras, tem umas casas...”

R (66)

“Ali teve bloco de dez anos que teve que parar, porque ninguém ganhava, eles ganhavam todos, chamava ‘as babies do jardim da infância’. No geral era muito bonito, a cidade toda participava. E aí depois que vieram os chineses de verdade, mas até então era nós. Nós tinha o melhor carnaval era feito ali em baixo no bairro chinês.”

R (66)

Os moradores mais antigos como o A (68) e I (79), foram morar no morro da Penha quando crianças. O primeiro estudou no colégio Martins Fontes e trabalhou no Porto de santos, o segundo na venda de café, e paralelamente possuem um comércio (venda) há muitos anos, além de serem proprietário de várias casas no Morro, as quais alugam.

De acordo com A (68) e I (79), suas lembranças de como a estrutura física do espaço, era:

“É, isso aqui não era asfaltado, era tudo de barro e lá onde tá os pés dele (aponta para o rapaz sentado na frente da vendinha), lá nos pés dele era vala lá de baixo até em

cima...[...] o esgoto a céu aberto e às vezes morria rato e ficava aí na vala, passava e sobe o cheiro.”

A (68)

“É, foi nós que fizemos essa estrada aí, que aqui no morro não existia, aqui no morro só existia um veículo, que era um carro que ele (pai) tinha comprado, em 1952... É, depois os carros não subiam, quando era necessário, por exemplo, levar alguém que ficava doente, tinha um barzinho, não é esse... Ali era um bar e ali tinha a dona do bar chamava Júlia, dona Júlia, e ela tinha uma maca e o pessoal pegava a maca e levava a pessoa doente lá no colégio porque o carro não subia aqui.[...] É, nós fizemos a estrada até aqui, que meu pai foi fundador da Sociedade de Melhoramentos do Morro da Penha. [...] Em homenagem ao meu pai, que foi ele quem fez a estrada, colocaram o nome de estrada João Batista, está naquele livro Veja Santos, está, está lá a estrada João Batista.”

I (79)

Nas lembranças de C (73) e MP (83), ao longo desses 50 anos morando no morro, o local sofreu várias modificações:

“Isso aqui já não tá mais um morro, tá uma pequena cidadezinha... Risos... Se ver a população que tá aqui.”

C (73)

“Era pequena. Cê vê tem mais de setenta e um anos que eu to pó aqui. E isso aqui era só mato menina, terra e mato... É e dava bastante daquela florzinha, então cada vizinho dava um galhinho pro outro pra fazer as nossas cercas, aqui era tudo de matinho as nossas cercas, não tinha nem portão, é, aí depois é que foi arrumando e aí agora tá chique né?”

MP (83)

Sr. J (73) e Sra. MP (83), lembram que o principal ponto de encontro do morro, o Largo da Caveira, tem este nome devido ao tio de J (73) que era proprietário de uma quitanda:

“[...] meu tio, o que era o dono, o José, ele tinha uma caveirinha lá em cima, e de vez em quando ele mexia e ela fazia assim (faz um movimento com o queixo).

J (73)

“Eu não te falei que tinha uma caveirinha assim, e quando dava o vento ela balançava e mostrava o dente, e aí minha mãe falava “vai lá no caveira comprar”, no seu José da Caveira, “vai lá nele comprar”.

MP (83)

No caso de algumas mulheres, a fixação da residência no morro aconteceu de forma diferente, como o de duas senhoras que, por motivos familiares, deixaram sua cidade natal.

“Gostava que tinha minha mãe viva, meu pai vivo e também tinha minha família lá, só que minha família foi morrendo, morrendo, irmão onde eu tava não tinha mais, já tavam pro Recife, aí minhas filha veio pra aqui e eu fui embora”

M (72)

“Ah! o meu marido veio pra cá trabalhar, aí trabalhou aqui uns dez meses e depois ele foi lá no estado da Bahia me buscar, aí eu vim pra cá e eu to aqui já tem uns cinquenta e cinco anos”.

C (74)

O relato de L (60), que nasceu, viveu e é filha da moradora mais antiga do morro, mostra suas lembranças estão ligadas às experiências de sua infância, e compara o moral daquela época com o que acontece hoje em dia no local.

“[...] aqui era diferente, era outra criação. Era completamente diferente. É ficava em casa, brincava, brincava com as vizinhas também que a gente era amiga. Brincava de passa anel, ciranda cirandinha, mas quando dava nove horas entrava. E o pai trabalhava à noite e quando ele ia embora a gente entrava.”

L (61)

“[...] meu pai abria às cinco da manhã e eu começava às cinco da manhã e eu ia terminar nove da noite, mas ele continuava aberto, e tinha freguês, só pra você ter uma idéia, nós tínhamos oitenta e nove freguês de fiado! Só de fiado, mas era tudo pagador, hoje não, hoje você não pode dar fiado pra ninguém, senão você não recebe. Mas naquela época era tudo honesto”

I (79)

“Quê? Tu namorava na porta de casa, presta bem atenção, agora é ao contrário, subia a mãe pra tomar um café qualquer coisa e vinha o pai. Não tinha esse negócio de menina com quinze anos sair por aí e ficar tudo grávida que nem umas bestas aí, se vendendo e o cacete”.

R (66)

Nestas falas, essas representações simbolizam a construção de sua identidade como geração. Segundo Debert (2007), “A idéia de geração implica um conjunto de mudanças que impõe singularidades de costumes a determinadas gerações”.

O Sr. R (66) comenta as mudanças ocorridas ao longo do tempo (ação do narcotráfico), e que na sua concepção (alguém que cresceu, criou seus filhos e netos), isto não é bom para ninguém e reivindica mudanças das autoridades locais.

“Eu sou revoltado e eu meto o pau em quem manda na cidade... O prefeito, cadê. E hoje tá naturalmente tudo na rua aí... É esses patife, menina na rua e aí? Cadê casa?”

R (66)

No entanto, é observado nesta entrevista outro ponto de vista sobre a política local:

“E tô até feliz aqui sabe, agora tá tudo bem, que o morro depois começou a modernizar, começou cada um que vinha tinha uma idéia e prefeitos também foram fazendo coisas boas né.”

MP (83)

As colocações anteriores feitas pelos entrevistados anteriores servem para quebrar o estereótipo de que os idosos são pessoas sem participação e opinião política.

5.1 O BOM E O RUIM DE MORAR NO MORRO

Segundo o Sr. E (62):

“Aqui não tem coisa ruim, só tem coisas boas. É, quem bebe dessa água não esquece, quem bebe da água do morro não esquece.”

Nas falas, quando abordados sobre como é a experiência de viver no morro, as respostas se repetem; são unânimes a respeito do quanto é bom viver naquele lugar, apesar, dos transtornos e das dificuldades encontradas.

É o que se percebe quando, os moradores falam:

“Aqui nesse lugar quando é calor é matando. E quando é o frio... Faz muito frio também”.

M (72)

“É, eu gosto de morar aqui a única coisa de ruim é o subir, porque o subir que cansa, cansa”.

L (60)

“A dificuldade que tem é a subida, ela é doída e ao mesmo tempo é preparatória. Ela me prepara, ela me prepara que eu não tenho nenhuma pelanca, olha?”.

R (66)

C (74), moradora há muitos anos, conta vários episódios sobre as subidas e descidas do morro como, por exemplo, o que aconteceu com uma amiga:

“A Noêmia, quando era pra subir no morro aqui com sacola... Risos... A cunhada dele morava aqui e um dia ela subiu com o carrinho da feira e o carrinho arreventou as rodas, meu Deus do Céu... Risos... Ai meu Deus, a Noêmia xingava tanto, falava “aí, morar no morro ficou pra cabrito”.

C (74)

Os idosos comentam o difícil acesso, o subir o morro. Mesmo para os mais jovens este aspecto é relevante. Todavia, em nenhum momento, parece ser um obstáculo. Os moradores, de uma forma ou de outra, conseguem conviver com este “empecilho”.

A sensação térmica dos extremos – muito calor ou muito frio – são queixas comuns daqueles que vivem no morro¹¹.

A construção de casas construídas em local de risco, também é ressaltada por todos os entrevistados. R (66) alerta para o perigo, confessando que já passou pela seguinte experiência.

¹¹ Não só para os moradores. Nas visitas feitas ao campo nos dias de calor, a subida e a permanência no alto do morro era muito desgastante fisicamente devido à sensação de alta temperatura.

“Antigamente eram os portugueses e os espanhóis, os burros e os cabritos e agora já viu, agora é todo mundo, é geral. É bom de morar, mas depende do lugar que tu mora, se você construir uma casa numa barreira, a natureza com dez dias, viu a natureza tem dez dias e dez noites, ele acaba com tudo... Dez dias e dez noites, se chover dez dias e dez noites a cidade acaba. Eu já passei por isso”

R (66)

Outra questão relevante apontada nas entrevistas é a relação da comunidade com o narcotráfico. Um fato que amedronta as gerações mais antigas há muito tempo:

“Já, já, já existia e eu andava muito corrigindo meus filhos, deles sair assim pra fora e entrar no caminho pra conversar com amigos que não conhecia direito, que a policia nesse tempo passava e levava quem andava por aí e ficava as mãe correndo e levava documento pra trazer.É, tinha uma amiga minha que ela tinha dois filhos e tinha um chamado Osmar, e até mataram esse rapaz, ele era meu vizinho e a gente se dava bem assim cada um na sua casa, mas eu me dava bem, com meus filhos, até brincava com meus filhos e aí depois que cresce você já viu né, muda a cabeça, vai pra essa vida de droga aí meus filhos sempre conversaram com ele, eu não separava eles dele, mas eles já sabiam né, o que podiam e que não podiam e graças a Deus nunca, nunca, nunca tive problema com meus filhos, nunca peguei fazendo nada de errado, nunca peguei nada.

C (74)

“Já foi bom, hoje se não fosse por esse meu filho que tá aí eu já tinha ido embora daqui. É por causa que aqui tá muito perigoso.Você não viu que mataram a moça com facadas?”¹²

I (79)

C (74) e MP (83) criaram os seus filhos no morro, e hoje acompanham a geração dos netos. Elas repetem várias vezes que a preocupação com o tráfico existe, porém consideram-se vitoriosas por seus descendentes não terem ingressado no mundo do crime. Tal fato aconteceu devido à educação que elas passaram para seus filhos e eles repassaram para aos seus.

“ [...] meus netos são amigos de todo mundo,daí tão jogando bola, daí desce ou sobe lá pra pracinha, aí já é tarde da noite, eles entram, mas ela nunca deixou não, ela criou eles que nem nós criamos elas”

C (74)

¹² Na semana da realização desta EP, aconteceram na comunidade, os assassinatos de uma jovem e de um recém-nascido.

“Todo lado tem seus desarvorados, então não é porque é morro, não é porque é favela, não, não, não, não, eu criei meus dois filhos aqui, e eles são grandes homens, educados, respeitadores, não têm nada e coisa ruim neles, trabalhadores entendeu? É o João, aquele de sessenta e oito e o de sessenta e três... São pais de família que dá gosto viu? Então acho que não é nada disso, e ele quando era rapazote, aqui já tinha uns maluquinhos, só que aquele tempo era diferente gente”.

MP (83)

Um ponto marcante verificado é que parece existir uma regra própria do morro; um código de conduta que funciona como regulador de comportamentos.

Segundo Zaluar (2001), a ação do narcotráfico em comunidades pobres se expressa como um agente socializador de crianças e adolescentes. Conforme a autora, o crime organizado compete com a escola e a família, oferecendo alternativas morais que se impõem por meio da força e violência.

Isto é o que se percebe nas seguintes falas:

“A lei aqui é outra. [...]tem no morro sempre teve, não tem no Rio de Janeiro? Então, lá não é traficante e tal e tal? Aqui também, em todo lugar tem, Ponta da Praia, Gonzaga, isso aí em todo lugar tem menina”.

R (66)

“Se mexer, eles são mais que a polícia, eles cobram que não pode mexer com criança, não pode roubar carro.”

J (73)

“Aqui se você esquecer e dormir com a porta aberta ninguém entra, ninguém rouba, ninguém pega nada, entendeu? A gente aqui tá tranqüila, né? a gente escuta falar que lá embaixo até na porta da casa tem assalto e aqui não, graças a Deus não tem nada disso, tem os meninos aí que fazem o que não é certo, mas não mexem com ninguém, ficam na deles, sabe? ”

L (60)

“É, mesmo roubo comum não tem, que essas coisas eles não deixam, se eles pegar o cara roubando aqui eu vou te contar, se ele não morrer ele vai apanhar pra caramba, não é brincadeira não.”

I (79)

Esses relatos expressam a imposição do poder narcotráfico e como a população compactua com ela, ou melhor, aceita, usando até de justificativas para as práticas ilícitas.

“De ruim eu não vejo nada, não vejo como em muitos bairros aí roubar, assaltar, que se fizer isso aqui, aqui paga.[...] aqui ninguém rouba nada, eles pedem emprestado e esquece de devolver.”

J (73)

“Eles mostram né, mas eu não vejo nada que eu sou cega! Não é verdade, eu como não vejo nada, mas isso daí não é nem bom enxergar mesmo.”

MP (83)

Nas falas seguintes, verifica-se a ocorrência de constatação às condutas dos traficantes, uma vez que elas geram medo (também expresso) na população do que pode vir a acontecer em decorrência do confronto polícia versus bandido.

“É humildade em primeiro lugar, aqui no modo de falar nós somos uma família só, apesar que às vezes tem que usar a língua dura mesmo em cima deles.”

R (66)

“Nosso medo é que a polícia atire nas crianças. Ninguém mexe, ninguém, o único medo pode ser eles, que eles não são daqui.”¹³

ML (64)

“Vê como é que tá hoje, a própria polícia a gente não confia a gente tem que orar e pedir a Deus pela polícia também, e é o que a gente faz, que a policia mais de que o bandido, e isso me dá medo, eu tenho medo dessas coisas de hoje em dia”.

C (74)

“Que tá dando uma molecadinha aqui no morro que é tudo ladrãozinho É, o pai e a mãe não dão educação e eles roubam mesmo se deixar.”

I (79)

A maioria dos “traficantes” são conhecidos dos idosos. São filhos, ou netos de moradores. Crianças, adolescentes e jovens adultos que compartilham o mesmo contexto social, vítimas da realidade do poder da droga.

¹³ Neste depoimento M.L declara que seu um dos seus filhos foi preso por participar nos negócios de vendas de drogas. Hoje, é um homem integrado na sociedade.

A realidade do tráfico contrasta com a sociabilidade percebida entre os moradores, principalmente entre os moradores mais antigos, criando uma rede social.

A expressão “rede social” é utilizada nas Ciências Sociais enquanto instrumento de análise que permite a reconstrução dos processos interativos dos indivíduos e suas afiliações a grupos, a partir das conexões interpessoais construídas cotidianamente (BARNES,1987).

A interação entre os moradores mais antigos é evidenciada nas seguintes falas:

“A pessoa vem “seu... eu to precisando de um remédio aí...eu digo que se tiver ao meu alcance pode pegar Eu sou mão aberta, sou mão aberta, não tem nada de, e agora a mulher ali me arrumou, eu falo mesmo, eu precisava de um pouco de óleo para passar no oratório e a mulher me arrumou, mas daqui a pouco volta a comissão dela, ou um livrinho que ela gosta, e é assim, eu não sou daquele pensamento só venha a nós.”

J(72)

“Sou, todo mundo me manja, as crianças “oh seu vem aqui encher o pneu da minha bicicleta” e aí desço com a bomba e vou encher a bicicleta deles. Por exemplo, aqui chegou um pessoalzinho do norte, aqui a minha esquerda, mas são muito decentes e a gente sabe levar, eles têm uma menina que é excelente também, eles tem uma menina que é excelente, a Vitória, eu tô falando da Vitória, parece uma filha, ou neta né”.

R (66)

Não, aí agora aqui todo mundo me conhece muito, que é a mulher do seu João, a mulher do seu Mé, que era o apelido que ele tinha de rapa,z de novo né, sei lá. Mas eu me comunico bem também com as mães, que quando elas tem bebezinho, as minhas filhas falam assim “mãe fulana lá ganhou bebê” e eu nem me apavoro, sei que logo vou conhecer esse bebê que elas trazem aqui pra benzer.¹⁴

MP (83)

“Do pessoal antigo a maioria já mudou. Até comento às vezes com a minha mãe que você vê pessoas que passam por aqui e a gente não conhece, são pessoas novas, tudo gente nova. As antigas foram tudo, só tem uma amiga minha, a Selma, que mora ali no mirante, a Selma, só a Selma, que o resto mudou tudo.”

L (60)

“Meus amigos conheci aqui, eles foram as primeiras pessoas que eu conheci e tão até hoje aí, mas a maior parte já foi, já mudou daqui do morro, foi embora.[...] eles vão embora

¹⁴ MP mora no morro há mais de 70 anos, é bastante conhecida na comunidade pela simpatia e por ser benzedeira. Benzedeira é aquela que pretende curar doentes por meio de benzeduras; bruxo; feiticeiro.

porque fica mais velho, fica cansada, é por isso que eles vão. As pessoas fica de idade e aí não dá mais pra subir e eles mudam.”

C (74)

Na fala, a seguir, evidencia-se a dificuldade do acesso (subida) para o grupo etário de 60 anos ou mais, o que dificulta sua permanência no morro.

“Ah não, aí você vem de lá de baixo pra comprar uma casa no morro pra ter que subir morro e tudo, agora a gente que tá aqui é diferente, você já tá acostumado, é casa própria, não paga aluguel. Agora comprar eu não compraria não. Então a maioria das casas eles vão mudando e aí vai alugando e a maioria é alugada”

L (60)

Uma fala, em particular, diferencia-se das demais pelo fato de o entrevistado ter um poder aquisitivo, diferenciado¹⁵, porém, seu sentimento de reciprocidade e de solidariedade perante a comunidade é similar aos outros do grupo.

“Os moradores são antigos e muito bons meus inquilinos e eu tenho um orgulho tremendo que muitos inquilinos meus que moravam aqui em casas minhas hoje é pra mim um orgulho tremendo, que eles saíram das minhas casas, de inquilinos e foram pra casa deles, compraram e isso pra mim é um orgulho tremendo, quantos que tem aqui que hoje tem a casinha deles e foram meus inquilinos. É o meu orgulho. Ainda ontem um estivador aqui que atrasou comigo cinco meses e, mas ele pegou um dinheiro aí e a primeira coisa que ele fez foi me pagar... Mil duzentos e cinquenta, que é duzentos e cinquenta e ele me pagou mil duzentos e cinquenta e agora tá indo tudo direitinho.”

A (68)

Tanto as atividades diárias quanto as de lazer que fazem parte do cotidiano desses idosos apresentam características marcantes relacionadas ao gênero (masculino e feminino).

O cotidiano das mulheres está ligado aos afazeres domésticos e aos cuidados dos filhos e netos.

¹⁵ O Sr. A é um comerciante local e possui inúmeras casas de alugueis, e segundo ele, conseguiu o seu patrimônio graças as suas atividades no morro. Esse comerciante possui três máquinas caças-níqueis que ficam fora do alcance dos olhos de quem passa, atrás da venda, e que, conforme Sr. A, pertencem a um policial - razão pela qual não tem problemas com a polícia.

“Bem, hoje em dia eu não trabalho, não vou mentir, mas eu trabalho até demais né, eu lavo muita roupa mesmo dos neto.[...] quando não tô trabalhando, eu assisto TV muito pouquinho assim.”

M (72)

“É eu acordo, dou uma ajeitada na casa né, que eu que cuido da casa, faxino, é tudo por minha conta”.

L (60)

“Aí eu vou lá pra cima, vou arrumar uma coisa, arruma outra, que nessa casa aqui nunca falta, a casa é grande você imagina, então vou arrumar um guarda-roupa, vou arrumar outra coisa, mas nunca fico parada, é difícil”

C (74)

“Minha rotina é essa, lavar, passar, cozinhar, cuidar da casa, dos menino, que eu que cuido de tudo”.

ML (64)

Já, entre os homens, as atividades diárias estão vinculadas ao cuidado com os animais, passeios e às conversas com os amigos; é o que se pode perceber em:

“O que eu tenho que fazer: escovar os dentes, me lavar, tal aí, pego, tenho muitos passarinhos, adoro os animais, aí tem a Leila... a cachorra. Depois eu vou pra praça, eu vou andar um pouco por aí. Pro Centro, vou andar. Fico lá com os meus colegas.”

R (66)

“É assim, andar pra lá e pra cá, na cidade... É na cidade, vou na casa da minha irmã.”

J (73)

A rotina de três dos cinco idosos entrevistados que estão na ativa é diferente. São os casos do pedreiro E (62) e dos aposentados e comerciantes A (68) e I (79).

“Acordo, tomo café, vou trabalhar, eu levo o almoço e só venho a tarde às dezessete.”

E (62)

“É e entende? não é brincadeira, é tudo comigo. Que nem aqui, tudo aqui é comigo, as casas, os inquilinos todas essas coisas também, é uma dor de cabeça grande. É um dia a dia bem puxado.”

A (68)

“Limpo, faço tudo, não preciso de empregada, tô até com vontade de mandar ela embora, mas meu filho que fica “não pai, o senhor não manda ela embora porque não sei o quê, não sei o quê mais”, e aí eu pego e...vou trabalhar.

I (79)

Segundo Dumazedier (1979), o lazer é um conjunto de ações escolhidas pelo sujeito para diversão, recreação e entretenimento, num processo pessoal de desenvolvimento, e de escolhas de atividades prazerosas.

Para os idosos desta pesquisa, o lazer não é uma atividade extraordinária.

A rotina atribuída de afazeres impossibilita enxergar o lazer como uma atividade programada, sistematizada, conduzida com uma proposta, ou um objetivo. Para eles, o que há são momentos prazerosos, são coisas boas de serem feitas, como por exemplo: conversar com os vizinhos, ficar sentados na frente de suas casas e fazer compras.

Para as senhoras, o lazer está nas seguintes ações:

“Ai gosto! Da novela, adoro novela! Gosto muito de ver novela, essa tá ótima! Só a das oito, as outras eu já não tenho paciência de tá sentada, que a gente vai pra lá, pra cá, agora das oito, oito não, nove né, nove horas, eu gosto da novela. E assisto outros programas também.”

L (60)

“De ir pra igreja, vim da igreja, vou lá na casa dos meus filhos e volto, não gosto de ficar muito tempo... Tem pessoas que fala “ai quando acabar aqui eu vou deitar”, mas eu não me ligo muito nesse negócio de ficar deitado a tarde inteira, o dia.”

C (74)

“Eu já saí muito quando era mais nova, mas não dizer passear, passear, eu ia na cidade, que nem quando uma pessoa fazia aniversário eu ia comprar, mas hoje não, hoje tudo eu peço e elas vão comprar”[...]converso com as pessoas que vem aqui”.

MP (83)

O caso da ML (64) é diferente: apesar de seus problemas de saúde, mencionados, ela tem disposição para frequentar bailes.

“Danço, ainda danço hoje madame, eu chego nos forró e danço pra peste.”

ML (64)

Cabe salientar que o morro da Penha é reduto também de torcedores do Santos Futebol Clube. Dos seis entrevistados homens, quatro disseram ser “do peixe”¹⁶, sendo o amor pelo futebol uma das formas de lazer para eles.

“Vão, vamo tudo pra lá, vamo vê esse jogo... Eu sou peixeiro, que aqui tem gente corintiana, olha lá, tá vendo a bandeira? Lá na Bete, também tem o Fábio, ali tem o Zé Carlos, e eu no meio. Aqui tem uma que torce comigo.”

R (66)

“Oh vou, vou nos treinos do Santos, festas... Festa então esse mês tem um caminhão, mas não dá pra ir em todas.”

J (73)

“Saio de casa, vou até o bar. Sair de casa pra mim é hora de lazer. Converso com os meus amigos santistas, só os santista, viu.”

E(62)

Para o A (68), o fato de não pagar condução devido a sua idade, possibilita a prática do lazer de que ele mais gosta:

“Desço, pego um ônibus em frente à Beneficência, de lá vou até o Aquário de ônibus, aí desço no Aquário, vou pra água e venho pela água até o canal dois e do canal dois venho beirando o canal até em casa. Olha que caminhada!”

A (68)

Uma forma de lazer que atualmente tem “literalmente” tirando o sono dos idosos é o baile funk. Eles descrevem como é o baile.

“É um Deus nos acuda, quem mora ali coitado! Mas a gente aqui a gente não ouve muito não, a gente no dia seguinte é só os copos jogado aí, mas isso a gente pega uma vassourinha e passa, ah eles jogam copo, guardanapo, mas é varrer a sujeira.”

L (60)

“É, aí nesse baile funk que tem eu não fico aqui não! Não dá! É muito barulho, porque aqui é muito em cima, aí eu vou lá pra casa de meu filho, aí fico lá na sexta à noite e sábado e só volto no domingo à noite”

C (74)

¹⁶ Intitulam-se de peixe, aqueles, que torcem pelo Santos Futebol Clube. Mas vale salientar que o símbolo do time é uma baleia.

“Acho que teve uma vez aqui que teve uns três que teve overdose...Não, socorreram aqui, mas eles não chamam ambulância, chamam nada, os amigos que leva e meu neto que veio contar “olha vó, teve três aí com overdose”.Vixi, fica até lá na pracinha, às vezes tem gente até lá na pracinha e carro não dá pra subir né como é que vai passar, mas no meu tempo não existia esses negócio de baile”.

ML (64)

Passado e presente convivem no cotidiano dos idosos do Morro da Penha. Suas experiências, que se remetem às duas épocas, influenciam nas relações do dia-a-dia com outras gerações. Há negociações e adaptações de regras elaboradas pelos idosos, tornando excepcionalmente único o contexto social do morro.

CAPÍTULO 6 – ENTRE O PERCEBER E O SER IDOSO

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

(COLLASSANTI, 1994, p.106)

Na maioria das pesquisas, são utilizadas faixas etárias para delimitar os sujeitos dos estudos. No caso das pesquisas antropológicas, a idade cronológica não é um fator determinante para a formação de grupos sociais ou explicação de comportamentos humanos. Basta observar as grades de idades em diferentes culturas e constatar que estas atribuem significados variados para os grupos de idades ou faixas etárias.

No caso deste estudo, consideraram-se idades iguais ou superiores aos sessenta anos para facilitar a seleção dos participantes e para ir ao encontro do que estabelece a OMS quanto à classificação de pessoas idosas. No entanto, como será demonstrado neste texto, optou-se por considerar que a velhice não se constitui em uma propriedade substancial que os indivíduos adquirem com o avanço da idade cronológica.

Os idosos, em pauta, retratam o perfil da maioria dos idosos brasileiros. Não ocupam os extratos sociais providos de regalias financeiras como: planos de saúde, transporte particular, viagens de turismo, cuidados estéticos, entre outros. Também não representam a classe de miseráveis que dependem de ações de terceiros para garantir a sua sobrevivência.

Eles, foram ou ainda são trabalhadores: costureiras, faxineiras, estivadores, pedreiros, trabalhadores rurais, vendedores ambulantes e comerciantes. São falantes, lúcidos,

independentes fisicamente e funcionalmente. Têm pouca escolaridade — entre os dez entrevistados, nove concluíram apenas o Ensino Fundamental, e uma é analfabeta. Cada um com uma história de vida, uma experiência pessoal que contribuiu para construir a velhice e formar o idoso que hoje são.

— O que é ser idoso?

— O que é a velhice?

Indagações pertinentes que servirão como ponto de partida para tal compreensão.

Para iniciar esta discussão, será utilizado o relato pessoal do renomado e conhecido escritor Elias, que aos 87 anos de idade narra uma cena interessante:

Era professor convidado em uma universidade alemã e recebi um convite para jantar de um colega que estava na plenitude de sua vida. Antes de comer, enquanto tomávamos um aperitivo, ele pediu que eu sentasse em uma poltrona moderna de lona muito baixa. Quando sua esposa nos chamou para que sentássemos à mesa, levantei-me e meu anfitrião olhou-me surpreso e talvez um tanto desiludido. “Você está em boa forma”, disse. “Não faz muito tempo jantou conosco o velho Plessner. Sentou-se nesta mesma cadeira, mas não conseguia se levantar por mais que se esforçasse. Você precisa ter visto. No final, tivemos que ajudá-lo”. Meu anfitrião ria sem parar: “Ah, Ah, Ah! Não podia se levantar” Se torcia de rir. É evidente que, também neste caso a identificação entre o não velho e o velho é difícil (ELIAS, 2001.p. 18).

Em nossa sociedade ocidental, onde os diversos meios de comunicação supervalorizam a imagem do jovem, atrelada à beleza e à saúde, aqueles que não o são, ou seja, os idosos têm, muitas vezes, sua imagem vinculada ao feio e à doença. Na colocação feita por Brandini (2007), a beleza constitui um fator fundamental entre sociedade e natureza, e a beleza “padrão” é algo a ser conquistado a todo custo, e independe dos meios utilizados.

Buscar o belo tornou-se um fenômeno cultural, vigente entre os mais diversos povos, que concebem a beleza segundo seus próprios padrões, derivados da convergência entre a estrutura biológica, agentes do meio ambiente e *modus vivendi* (BRANDINI, 2007).

A primeira quebra de estereótipos relacionados à velhice é observada. Lá, no morro, os idosos entrevistados não estão “preocupados” com a velhice vinculada à beleza – o tempo deles é ocupado com outras coisas, como vimos anteriormente. Não há a percepção da velhice, nem são os cabelos brancos ou as rugas que determinam que ela chegou, conforme observado nas seguintes falas:

“Sei lá, nunca me preocupei com isso não, me cuido né? eu me cuido.”

L (60)

“O tempo, só foi passando, foi passando, não deu tempo pra perceber, ela veio?”

R (66)

“Por enquanto não me considero idosa, graças, a Deus.”

ML (64)

“Eu não sei, não deu tempo para sentir. Foi acontecendo né, já comecei a plissar.[...]eu nunca pensei de durar tanto, Jesus Cristo, é verdade!”

MP (83)

Esse sentimento demonstra a dificuldade de construção da identidade do idoso. Conforme Motta (1999), a formação das identidades e idade ou geração é difícil, porque são condições mutáveis rapidamente no tempo – a cada ano se tem uma nova idade; a cada dez anos se é classificado numa geração.

Outro aspecto identificado é a velhice percebida quando relacionada à capacidade na qualidade e agilidade dos movimentos, e à disposição para execução de determinadas tarefas que exigem esforço físico.

“Ah! porque você cansa né, você vai ficando velha, eu trabalhava muito na enxada e aí não fica ligeira” “Vô fazer feijão, faze arroz, uma carne, depois lava prato, lava pano e roupa no tanquinho, todo dia eu encho esse varal de roupa, porque a criança suja e também meus dois neto é cada dia uma roupa . Vai o dia todo que eu não sou ligeira que já tô nessa idade.”

M (72)

“Eu só tô passando um pouco da idade porque eu tô sem, eu digo, sem jogo de cintura. Não vou fazer as coisas porque de repente vai piorar tudo... O quê? Eu tô que nem um ovo, se quebrar, rachou...Rachou! Acabou! É, essa idade que eu tô não é brincadeira[...]”

R (66)

“Pra mim tá passando muito bem, eu tô sempre com aquela disposição.”

R (73)

“E agora pra eu não ficar muito moringada¹⁷, muito atormentada, que eu já tô ficando pra lá de Bagdá... Eu digo assim “pera aí”, então toda noite eu já sei o que eu vou fazer pro dia.[...] também já tô ficando meio assim cansada, eu vou e me atrapalho um pouco pra andar, tenho que ir agarrada, assim de braço dado com uma e outra.”

MP (86)

“É, é mais devagar né, é tudo mais devagar, mas eu não, o dia que a doença, que dor assim me empata, eu só não faço o que eu fazia né, que a gente vai ficando de mais idade e vai ficando mais devagar, eu só não faço o que eu fazia, lavava aí, lavava quintal, isso eu não faço mais”.

C (74)

A sensação do corpo cansado indica que algo intrinsecamente mudou. Não foram as mudanças na aparência que os levaram a essa conclusão, mas sim a mudança, em sua capacidade física. Tal mudança prejudica a rotina diária dos idosos, o que, conseqüentemente, afeta a relação deles com o ambiente.

Todavia, não é inexistente a influência da estética e o receio de mudanças na imagem corporal, como percebe-se na fala de L (60):

¹⁷ Moringada tem o sentido de estar cansada “quebrada” fácil de quebrar como uma moringa que é feita de barro.

“Ah, eu sou uma pessoa vaidosa, tomo cuidado pra não engordar muito, morro de medo de ficar barriguda... Olha a barriga da minha mãe, tá vendo? Então eu morro de medo, então eu tô sempre me cuidando, o cabelo eu pinto, eu me cuido né, mas eu não tenho medo não da velhice.”

L (66)

ML (64), em sua fala, expressa orgulho ao relatar que ela é considerada um exemplo de beleza a ser seguido:

“Minha filha fala assim: Mãe, eu queria ser que nem a senhora, a senhora parece uma mocinha.”

ML (64)

É interessante notar que somente essas duas mulheres citaram o envelhecimento do corpo em oposição à “beleza física” jovial.

A percepção da velhice atrelada ao surgimento de episódios de doença é marcante nas entrevistas. Ambos os gêneros, em algum momento, disseram começar a sentirem-se velhos quando a doença tornou-se presente com mais frequência, ou se instalou-se em suas vidas definitivamente.

“Isso, é, isso, tudo isso, medir a pressão, saber tudo direitinho, o sangue e assim vai indo e quanto mais vai indo pra frente a idade da gente, a gente vai ficando doente mais vezes, fico com medo de pegar uma doença... Que se correr, logo a pessoa tem cura. O pior é se ficar com uma doença qualquer e passar anos e anos e, quando vai saber, ela já tomou conta.”

A (68)

“O tempo foi passando e eu sabia que mais tarde ou mais cedo isso ia acontecer comigo, como eu não bebo e não fumo eu tenho mais longevidade né, porque meu irmão abaixo de mim morreu novo.”

I (79)

“Pra mim a idade que me pegou, a idade me pegou mesmo, e ela pega qualquer um, o pior é ela te machucar [...]”

R (66)

Ao ouvir o relato anterior de R (66), estivador aposentado, é nítido o desconforto que ele sente. O avanço da idade, para esse idoso, surge como algo avassalador que causa dor; algo que, segundo ele, não sentia quando era mais jovem.

Em nossa sociedade, há uma visão estereotipada da velhice associada à aposentadoria, esta, como sinal de envelhecimento. Para Simões (2007), os aposentados e pensionistas – uma categoria aparentemente “marginal”— vêm se constituindo em atores importantes no processo político atual. Para o autor tornaram-se uma espécie de “corporação”, com interesses específicos, demandas próprias e formas de atuação no espaço público e familiar.

No caso dos idosos do morro da Penha, há uma profunda relação entre trabalho e velhice. Tanto os homens quanto as mulheres continuam realizando algum tipo de atividade remunerada nessa fase da vida. Quando não, colaboram para que seus familiares mais jovens possam trabalhar fora e assumem as responsabilidades dos trabalhos domésticos e dos cuidados com as crianças menores (no caso de algumas senhoras).

“O trabalho faz parte da minha identidade. De garoto na cidade, em lojas, depois passei pra armazém de café, de armazém de café; fui trabalhar na Matarazzo, Indústria Reunidas Santista Matarazzo na Alemoa e depois dali fui pras DOCAS de onde hoje eu sou aposentado. E tenho esse comércio, e algumas casas aqui no morro....Ah! Ah! Ah!”

A (68)

“Eu era uma excelente costureira. Uma profissão boa, viu menina? Você nunca tá desempregada, sabia? E a nova geração, hoje em dia, nem liga. Você pega um jornal pra olhar e eles só pedem costureira; e é uma profissão que não tem idade. Ai eu trabalhei esses anos todos, depois eu saí e aí eu fiquei trabalhando com uma moça aqui perto de casa, mas eu pagava autônoma e ainda trabalhei com ela quinze anos pagando autônoma e aí eu me aposentei, pra não perder os anos da carteira, né? É, é... Ainda faço alguma coisa quando o pessoal vem procurar.”

L (60)

Em algumas entrevistas, observa-se que parar de trabalhar coloca o entrevistado numa situação diferenciada, isto é, há uma relação lógica em que o trabalho significa ser conhecido,

ser valorizado em sua comunidade. Para o homem, há maior percepção da experiência do envelhecimento em decorrência do rompimento com a vida versus a chegada da aposentadoria por tempo de serviço, já para a mulher, a noção e experiência de envelhecer está relacionada à restrição nos afazeres domésticos (BARROS, 1995).

“Tinha cinqüenta mil pessoas que trabalhava comigo, mais ou menos, pra cá e pra lá, era prá cá e pra lá, [...] Eu falo “mas como eu sou ex- estivador? Ex se queima”.

R (66)

“Por enquanto só essa doença aí, mas logo,logo eu vou tá trabalhando. Eu sou teimoso, eu brigo.”

E (62)

Há casos, em que as senhoras só conseguiram o benefício da aposentadoria após o falecimento do cônjuge.

“Que nem eu, você vê, eu sou casada até hoje. Nunca tive emprego também. Dependia do marido né, aí fiquei aqui, fiquei aqui e aqui estou eu e ele ainda foi primeiro, mas ainda tô dependendo dele porque vem a aposentadoria pra mim né... Risos... Então, ainda dependo dele.

MP (83)

“Recebo do meu esposo, do meu marido. Recebo do INSS dele e daí eu trabalhei muito tempo, mas nunca pagava, eu trabalhava pra ajudar em casa e nunca paguei nada e aí, então, eu fiquei com a pensão dele.”

C (73)

Verifica-se que os idosos entrevistados têm discernimento da importância do seu trabalho, em contraposição ao estereótipo do idoso dependente de terceiros.

O passado representado por muito trabalho coloca-os num patamar diferenciado perante seus familiares, uma vez que, no presente, a aposentadoria possibilita a esse grupo de idosos a independência financeira e a capacidade de ajudar os membros de sua família.

Com isso, nota-se que a percepção de velhice não está associada apenas às mudanças na imagem corporal (visual). Para estes idosos, estar velho é perceber a interferência negativa dos efeitos deletérios do avançar dos anos em seu cotidiano, impossibilitando-os de realizar

suas atividades diárias. A velhice é a percepção da transformação do modo como eles se relacionam com o trabalho e, especialmente, com os outros indivíduos no ambiente em que vivem.

CAPÍTULO 7 - PERCEBENDO A SAÚDE E A DOENÇA

O conceito de saúde adotado nesta pesquisa se distancia daquele definido pela OMS¹⁸ que promove a idéia de “saúde ideal”. Este estudo enfoca a saúde em outro plano: não como um estado estável que, uma vez atingido, possa ser mantido. Pressupõe-se, neste trabalho científico, que as mudanças e a instabilidade estão presentes em todos os ciclos da vida — principalmente na velhice, quando a saúde parece ter uma conotação mais dinâmica e acentuada devido às várias modificações ocorridas em vários aspectos da vida do ser humano nessa fase.

A saúde é aqui tratada não como uma noção complementar à da doença, mas sim como uma construção permanente de cada indivíduo e da coletividade. Segundo Dejours (2003):

Saúde é poder estar em contato com essa realidade sempre complexa e multifacetada, que envolve o corpo e seu funcionamento fisiológico; que envolve as emoções, a vida pública, nossas relações com os outros, com nossa comunidade; que envolve as relações humanas no trabalho e sua organização material, as relações sociais, enfim. (DEJOURS, 2003 p.11).

Não se pode compreender a situação de saúde de uma pessoa ou de um grupo sem levar em consideração que ela é produto de uma relação como o meio físico, social e cultural. O comportamento humano, uma das variáveis de grande influência em saúde, é condicionado, inicialmente, pela percepção¹⁹ que o indivíduo tem de si e do mundo que o cerca. Tal

¹⁸ Segundo a Organização Mundial de Saúde, “saúde é um perfeito estado de bem-estar físico, psicológico e social e não apenas a ausência de doença”

¹⁹ Percepção é o processo de organizar e interpretar dados sensoriais recebidos para desenvolver a consciência do ambiente que nos cerca e de nós mesmos (DAVIDOFF, 2001).

percepção sofre influência direta da cultura, ou seja, o contexto cultural ocasiona variações na maneira como as pessoas lidam com a saúde e a doença.

Para a Saúde Coletiva, o conhecimento das peculiaridades culturais de grupos de determinados contextos sociais, é fundamental, pois possibilita ampliar a compreensão dos profissionais de saúde do quanto é importante considerar tais diversidades sociais e culturais na elaboração e no desenvolvimento das práticas políticas de saúde.

Piovisan (2008), explica que o fracasso ou o sucesso dos programas também dependem deste olhar. Para o autor [...] estaria nas diferenças de percepção, e não na aparente “ignorância”, a explicação para o modo como as pessoas reagem a certos programas de saúde (até mesmo para as manifestações mais graves, de resistência, ou hostilidade, teriam a mesma causa).

Após a observação desses aspectos que interferem na formação de percepção de idosos do Morro da Penha, partimos para o que consideramos o ponto central desta pesquisa: a percepção de saúde e doença destes idosos. Preferiu-se abordar primeiramente a percepção de saúde. Para isso, associou-se a percepção de saúde aos seguintes itens: à própria saúde, aos cuidados, à saúde de outros idosos, quanto à relação com os médicos, com os serviços de saúde e com o PSF.

7.1 PERCEBENDO A SAÚDE

Para os idosos entrevistados, falar sobre saúde é falar do tipo de vida que a saúde lhes pode proporcionar. Saúde é sinônimo de realização para eles.

Nos relatos que se seguem, fica clara a forte correlação de saúde correlacionada à autonomia física e à possibilidade de continuar executando hábitos considerados “simples”, tais como os de autocuidado, ou “naturais” (e.g como as necessidades fisiológicas, como sono).

“Eu me acho saudável sim. Ter saúde é você se alimentar bem, dormir bem.”

L (60)

“Eu acho, pela minha idade, eu tenho saúde”. [...]“ Eu como bem, eu faço tudo que eu sempre fiz há cinqüenta anos, tua achas que eu não gosto de comer?”

R (66)

“Saúde é tudo num ser humano, pra mim é tudo num ser humano. Menina eu faço tudo com as minhas pernas.”

J (73)

O relato a seguir chama atenção devido à percepção de saúde associada à inclusão. O fato de compartilhar o mesmo alimento que está disposto na mesa, juntamente com outras gerações é um sinal de inclusão e de permanência de vínculos.

Para uma participante, ter saúde é:

“Olha eu acho que saúde eu até não posso me queixar muito que dor eu não tenho. Graças a Deus! Mas saúde é assim: você almoça e se sente bem, não precisa ser uma coisa especial pra você comer, o que tem, o que eu faço todos nós comemos entende? Não precisa daquele resguardo: não, isso daqui não, aí isso aqui tem que fazer sozinho pra mim, não, nunca separei panela pra nada, todos comemos da mesma panelinha”.

MP (83)

No caso de C (74), evangélica, a saúde está relacionada à espiritualidade, à religião.

“Acho que é não ter dor, sentir paz, que eu acho que em paz com Deus, com as pessoas já é uma saúde, não é?”

C (74)

Para essa senhora, sua visão de mundo é influenciada pela religião, a qual ajusta tanto suas ações e concepções sobre sua realidade, quanto seu estado físico.

A percepção de saúde atrelada a ausências de sintomas decorrentes de doenças é algo identificado em vários momentos. Todos os entrevistados revelaram possuir alguma patologia, de ordem crônica degenerativa, por exemplo: diabetes, osteoporose, hipertensão, artrose e artrite. Entretanto, ter uma doença não significa não ter saúde.

“É que nem eu tô, que graças a Deus esse problema que eu tô vai ser só um desentupimento na veia. Não é doença. Não é, por exemplo, é uma doença, mas ao mesmo tempo não é, é uma coisa que acontece... É isso aí. Eu tenho saúde[...]pois eu subo morro, desço morro.”

ML (64)

“Ah, saúde é como a pessoa se sente né, se você levanta de manhã e tá bem e sai e não sentiu tontura nem nada, nenhum problema e acha que tá bem”.

A (68)

“Eu acho que fora esse bagulho (ferida) que tá aqui eu me considero com saúde. Risos... É o pé que não ajuda muito”

I (79)

Vale salientar que doenças crônicas são mais comuns em pessoas idosas e muitas vezes são assintomáticas, o que dificulta, freqüentemente, o diagnóstico e o tratamento.

De um modo geral, indivíduos idosos possuem doenças coexistentes, alcançando, em média, seis condições crônicas aos 75 anos de idade. Entre as mais comuns temos: hipertensão, diabetes, artrose, afecções respiratórias, acidentes vasculares, insônia, cardiopatias diversas, infecções urinárias, deficiências visuais, entre outras. (BRASIL,1999).

Isso demonstra que o fato de ter um diagnóstico de doença pode estar muito distante do que as pessoas consideram o que é estar doente. A doença é uma experiência que não se limita à alteração biológica pura, mas esta lhe serve como substrato para uma construção cultural, num processo que lhe é concomitante (OLIVEIRA, 2002).

A percepção de saúde também foi identificada quando comparada à saúde de outros idosos. Tanto os homens quanto as mulheres idosas preferiram falar de sua própria saúde. As respostas sucintas e diretas evidenciaram que falar sobre a saúde do outro era um assunto complexo. Alegaram que a saúde é um “sentimento” muito pessoal, e não caberia a eles falar do sentimento (percepção) do outro.

“Nesse assunto cada um sabe de si”.

A (68)

“Não sei, isso daí é coisa de cada um que cuida do seu né”

M L (66)

“Que eu saiba não tem problema de saúde. Sei que o certo é se tiver é melhor tratar”.

E (62)

Entretanto, os entrevistados conseguiam identificar a saúde do outro quando se revelavam desempenhando seus papéis sociais ativamente e solucionando problemas de doenças considerados graves. Podemos verificar esses dados nas seguintes falas:

“A dona Maria Olívia, ela ainda desce, antes do marido dela morrer da janela eu via ela descendo com as filhas pra fazer compras. Ela é durona, ela é boa, aquela tem saúde.”

C (74)

“Tem uma senhora nos prédios, morava do lado do Serginho, tá bem disposta e já fez mais de cinco operação e eu falo “porra Benê, parece que não deixa nada para os outros, quer tudo pra ti” e agora tá com câncer no seio e vai ter que operar. Não dá pra acreditar, tu vai na casa dela e não diz que ela tem nada”.

R (66)

Segundo Gomes & Mendonça (2002), não se tem um acesso à experiência dos outros. Cada pessoa concebe um determinado conceito e se apropria dele a partir de seu referencial

social e cultural. No entanto, a experiência do outro aproxima os indivíduos de uma mesma condição; aquela serve como “exemplo” a ser seguido ou não.

A percepção de saúde foi evidenciada quando relacionada ao acesso à aquisição e manutenção da mesma. O suporte para a possibilidade de solucionar casos de doenças, isto é, a presença dos serviços de saúde (tais como: postos de atendimento, consultas, medicamentos e orientação quanto aos procedimentos) coloca os idosos numa posição propícia para que tenham saúde.

Dos dez entrevistados, apenas dois possuem plano de saúde privado. Mesmo assim, esses dois idosos revelaram utilizar, freqüentemente, os serviços públicos de saúde disponibilizados no morro.

Verificou-se que os idosos entrevistados têm conhecimento de seu quadro de saúde e das ações para tratamento e prevenção dos infortúnios causados pelas doenças. A experiência desses idosos, somada ao acesso às informações²⁰ serviram para a construção de conhecimento, e por conseqüência, a melhoria nos cuidados com a saúde.

“Eu não fumo, nunca fumei. Não bebo, de vez em quando assim tomo uma cervejinha, mas muito, muito difícil. E me cuido, eu faço atividade física, eu caminho”.

L (60)

“Controlou, sabe por que? Eu fiquei com uma dor de garganta e o doutor falou que eu ia ter que pará de fumar, e eu falei “mais doutor?”. Ai chegou no meu trabalho e um maloqueiro me pediu um cigarro e eu falei “ó, pega pra tu, que esse aqui é o último cigarro que eu tô fumando. Já vai fazer dois anos né que eu parei, com teimosia, tem que ser teimoso, que sem teimosia”[...] Todo ano eu faço “check-up”, “check-up anual”.

E (62)

²⁰ Através do PSF- Programa de Saúde da Família foi ampliado o acesso de atendimentos e intensificadas as campanhas educativas de prevenção e tratamento de doenças.

“Tomo, tomo, remédio eu tomo, faço tudo direitinho: tomo dos ossos e da pressão[...]É só você não abusar né? É que nem os médicos diz, não comer muito sal, azeitona”

C (83)

“Até falam que é bom pra cabeça comer todo dia uma maçã e eu como é duas, já pra ficar esperta...”

MP (83)

“A minha é normal, que eu tiro de manhã e meço à noite. Ai eu já regulo, se eu ver que a vaca tá indo pro brejo, eu corro lá na médica do posto”.

J (73)

“Tomo um comprimido, à noite da hipertensão e tenho o aparelho aí pra medir a opressão e tenho um aparelho pra medir o sangue.Tomo, tomo, metaformina”.

I (79)

A preocupação com a saúde foi incorporada no cotidiano desses idosos, até porque, para o grupo, a saúde representa a possibilidade de vida e não sobrevida. A saúde não é um estado estável, e para ser mantida ela tem que ser conquistada dia-a-dia.

Outro ponto observado é a ligação da saúde com o “representante” da saúde – o médico. As respostas dos idosos parecem ser unânimes quanto às visitas ao médico. Para ambos os gêneros, a figura do médico representa estar perante aquele que dita, estipula, recomenda e que pode, a qualquer momento, desestruturar os hábitos de suas rotinas.

A relação entre médico e paciente, portanto, desempenha papel fundamental na concepção que este forma daquele, a qual, aliás, jamais se aproxima da objetividade com que o médico gostaria de ser visto (SANTOS, 2000).

Para o autor, há uma grande desigualdade de perspectivas. Considera-se o conhecimento apenas por parte do médico, e ignora-se, muitas vezes, que o paciente dispõe de caminhos sociais alternativos, capazes de ajudá-lo na cura de seus males. Além disso, o

paciente utiliza-se de meios farmacológicos não convencionais²¹, que são renegados e abolidos pela perspectiva científica do médico.

“A gente não gosta, gosta não né? E quando é ginecologista então, ai... Eu não gosto muito não, o né? mas tem que ir e sempre que eu vou eu vou com a minha nora ainda ontem eu fui, que era cedo e eu fui fazer... como é que diz? Fui fazer exame de sangue e aquela coisa, ultrassom”

C (76)

“Ai, eu não gosto! Não gosto, não gosto, só quando é muito necessário, mas, também, se eu tenho um motivo que preciso ir, aí eu vou.”

MP (66)

“Eu vou fazer lá o quê? Eu já sei o que ele vai fazer, ele vai bulir em mim, tem colega meu que vai embora sem chegar a hora porque foi mexer com médico, hum... Tem alguns que esquece até a tesoura dentro da barriga da mulher... O material humano tá tudo estragado. Hoje tá tudo estragado, a medicina, o judiciário... Tá tudo estragado, tudo estragado, não vou falar outra coisa pra não...”

R (66)

No relato anterior, observa-se uma preocupação do entrevistado quanto à capacidade e formação do profissional que cuida de sua saúde. O idoso está atento à “incapacidade” que possa colocar em risco a integridade da vida dele e a de outros.

Oliveira (2002), afirma que a relação médico-paciente precisa ser repensada e discutida. Como médico, o autor ressalta que é hora de reconduzir o paciente ao centro da relação com serviços de saúde, superando a perspectiva de uma relação em que prevalece apenas a visão de mundo do médico, sem levar em consideração a realidade econômica, social e cultural do paciente. Afinal, os serviços de saúde têm como finalidade atender o usuário.

A implantação do Programa de Saúde da Família é algo relativamente novo no Morro da Penha. Só a partir de agosto de 1997 foi concretizada a estrutura física do posto, a qual

²¹ Recursos farmacológicos eivados de religiosidade (banhos com ervas, bênçãos e outros).

permitiu o atendimento e a execução conforme as diretrizes²² do programa. A satisfação dos idosos fica clara em todos os relatos.

“Aqui, você vê agora que tem Policlínica aqui, Posto Médico, não sei se é Policlínica, e isso é uma beleza, é uma beleza.”

ML (66)

“Você, olha, a uns metrinhos da tua casa tem posto de saúde? Quer mais o quê? Eu vou lá toda semana medir minha glicose que eu sou diabética.[...]”

M (83)

“Ah, eu gostei bastante do posto de saúde. Todo mundo agora vai. É uma beleza ali. Agora não, porque a doutora tá de fêria. Ai pronto, mas quando tá aí, elas vão por causa de verme, aí vai, toma o soro e passa. Ai, quando tá com verme, a mãe leva e eles passam o remédio, quando tem. Ai, eles dá o remédio, quando não, eles passa pra comprar”

M (72)

Ficou demonstrado que tem havido uma considerável ampliação do acesso aos serviços de saúde, principalmente nas Unidades Básicas e de Saúde da Família (BRASIL,1999). O PSF atende especialmente a parcela mais carente da população brasileira.

“Todo mundo se trata aí, os pequenos (netos,os grandes, os velhos). É mais perto.”

ML (64)

“Os idosos daqui sempre vão; é aqui pertinho e tem gente que não mora aqui no morro e dá endereço daqui de um parente que é pra poder ser atendido aqui.”

A (68)

“Eu me trato aí, eu me trato aí é no postinho, só, que nem, calhou de ir no médico e ele descobriu que eu tô com esse problema, mas eu me trato aí, aqui na policlínica. Eu tomo injeção lá todo dia: insulina.”

ML (64)

²² A portaria Nº 648, de 28 de março e 2006, estabelece que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica a saúde – que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade (BRASIL,1999).

“Eu vou aí, aí tem ambulatório, mas se preciso, eu vou aí, vou aí na, como é? Na... Como eu sou aposentado eu posso ir no SUS”.Eu não pago aquela merda de plano de saúde”.

I (79)

Observa-se que o acesso irrestrito aos moradores, possibilita a utilização dos serviços de saúde pública mesmo para aqueles que possuem plano de saúde.

“Vai, vai eu, a minha irmã, minha mãe. Também vai, ela tem plano de saúde, mas ela vai aí também.É, não tem problema, mesmo que você tenha plano não tem problema. Inclusive, ela tava precisando do remédio também que ela toma, ela tem osteoporose, e é caro o remédio, mas ela conseguiu pegar de graça, fez as papelada tudo e ela já conseguiu.”

L (60)

“Todas nós somos cadastradas, até a Jurema, que o Edinho ele tem o plano de saúde né, o bicheiro, mas ele vai aqui.”

MP (83)

“Eu costume ir pra tirar a pressão, pra ver se tá em dia e peço exame de sangue porque tenho plano de saúde, né.”

A (66)

“Se eu puder frequentar frequento, se eu necessitar. Por exemplo, se me acontecer alguma coisa, uma dorzinha, eu vou até lá, é perto. [...] Tomo vacina, injeção.

R (66)

Foram descritas situações em que ocorreu acolhimento às necessidades dos idosos, o que indica a mudança no modelo assistencial.

“Elas vem, as agentes. [...] e elas vem sempre, vêem como agente tá. Vem, vem a Renata²³ sempre vem. É, ela veio me trazer o exame, inclusive foi ela que me trouxe, elas marcam e traz pra gente. É bom mesmo, ótimo! E se tem que tomar algum... A não ser que não tenha o remédio, aí você tem que comprar.É, mas quando tem, aí eles já dão, aí já pega.”

L (60)

²³ Renata é uma das agentes comunitárias do PSF.

“O atendimento aqui é muito bom o atendimento, muito bom. [...] Quando o bicho pega (aumenta a pressão) eu vou lá”.

J (73)

“[...] Então, mas eu vou uma vez por semana, aí eles me medem, mas eles perguntam pra mim se eu tenho cansaço pra ir que aí eles vêm aqui, mas eu digo não, porque aí eu dou uns passinhos pra ir. Então eles me medem e medem a pressão. Inclusive eles têm minhas coisas da pressão e também do diabete, que eu já fui de antes, mas sempre que eu vou a médica põe na folha, pra elas terem sempre sabendo.”

MP (83)

Ao observar as várias faces da saúde nesse grupo de idosos, entendemos que ela está interligada a vários fatores (que também se relacionam mutuamente): biológico, psicológico e social. Salientamos que as ações individuais e coletivas são importantes para o estado sadio do idoso. Mas, também cabe ao Estado “a atenção à saúde como um direito de todos e um dever do Estado”.

Cohn (2007) ressalta que, em sociedades que apresentam altos índices de desigualdades sociais como no caso da brasileira, o Estado é a única estância da sociedade que detém os instrumentos legítimos e competentes para redistribuir, de forma efetiva, as riquezas socialmente produzidas: no âmbito deste trabalho, como aplicá-los no setor de saúde.

Logo, a Saúde Coletiva prepara-se para compreender não apenas, sobre o perfil epidemiológico da população idosa, mas sobre as peculiaridades sócio-culturais que cercam este perfil etário, e colaboram para aquisição, manutenção e desenvolvimento da saúde desses indivíduos.

7.2 PERCEBENDO A DOENÇA

O conceito de doença nos faz pensar sobre as várias dimensões que ela assume na vida das pessoas, bem como o quanto sua natureza é complexa e multifacetada.

Dentro da perspectiva de aquisição de conceitos, se, por um lado, o conceito de doença é um conceito espontâneo, concreto, facilmente adquirido pelas pessoas, visto que se refere a uma experiência direta que ela vivencia, por outro, é um conceito formal, abstrato, científico e com atributos essenciais precisos (BORUCHOVITCH *et al*, 2008).

Segundo Langdon (2003), o conceito de doença como experiência é compreendida como um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciados pelos indivíduos. Para a autora, a doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas sim um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura.

A doença é evidenciada através de sinais e sintomas no corpo do indivíduo, e cada pessoa, tem uma maneira própria de vivenciar, interpretar e narrar seus episódios e seus infortúnios.

Podemos utilizar como um exemplo a experiência da dor. Culturas diferentes experimentam e expressam suas dores de formas diferenciadas (RODRIGUES,1983). No Brasil, muitas pesquisas demonstram tais diferenças; uma delas foi realizada na Ilha de Santa Catarina com os descendentes dos açorianos. Os homens dessa comunidade não sentem dores nem sintomas de saúde na mesma frequência e intensidade que as mulheres (ELSEN,1984).

No idioma inglês a palavra doença apresenta dois significados distintos: *illness* e *disease*. *Illness* é a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença, uma resposta que

engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente. *Disease* é uma definição de disfunção, assentada num substrato essencialmente biomédico, ou seja, à teoria e prática médica predominante no ocidente e amplamente disseminada em todo mundo (OLIVEIRA, 2002).

No idioma português a palavra “doença” contempla os dois significados.

A partir da assimilação dessas definições, pretende-se construir um diálogo entre a definição de cunho biológico e a de cunho “subjetivo”. Ambas podem caminhar juntas. Há produção de significados em ambos os lados. Esse pressuposto será importante para dar continuidade ao objetivo proposto desta pesquisa.

Durante as entrevistas e mesmo em conversas informais com os idosos, falar sobre o assunto “doença” era algo corriqueiro. A doença estava inserida em seu cotidiano, falavam com facilidade e apropriação das causas e conseqüências do adoecer. A pouca escolaridade tampouco impediu que termos considerados técnicos fossem utilizados. Sabiam expressar claramente procedimentos de prevenção e tratamento. Não pareciam reproduzir o que o médico falava.

Ao indagarmos sobre doenças, as percepções foram reconhecidas em várias falas, sendo que em uma delas estava relacionada com a velhice. A doença aparece como um fato “natural” naqueles que envelhecem. Para estes idosos, o “natural” é concebido como algo que se espera, que faz parte da condição humana. A doença é a conseqüência esperada por aqueles que conseguiram experimentar todos os ciclos da vida — é o preço por viver mais.

“Doença é natural, do envelhecimento.”

“A gente tamo muito velho já, o homem já tá lá pedindo ‘vamo embora companheiro’.[...]E tá me vindo todas as dores”

R (66)

“[...] quanto mais vai indo pra frente a idade da gente, a gente vai mais vezes com medo de pegar uma doença... Que se correr logo a pessoa tem cura. O pior é se ficar com uma doença qualquer e passar anos e anos e quando vai saber ela já tomou conta. É o risco, né?”

A (68)

Na sociedade moderna ocidental, ainda é fortemente associada a idéia de velhice à doença. Uma associação equivocada, porque como se explicam, então, doenças consideradas de velhos em jovens? A intenção não é negar os efeitos deletérios do tempo naqueles que envelhecem, mas, sim, desmistificar que a doença esteja atrelada a uma categoria etária.

Vale salientar que nas falas anteriores, a doença não é algo que possa vir a ser causado por condutas de hábitos de vida, como, por exemplo: tabagismo, alcoolismo, genética e hereditariedade. A causa é exclusivamente do fator idade.

A doença também se expressa através dos sintomas (sinais) que o corpo emite. A doença tem um código de sinais e cada cultura decifra esse código conforme suas condutas sociais. Cada cultura reconhece sinais diferentes que indicam a presença ou ausência de doença; também identifica diferentemente, o prognóstico e suas possíveis causas.

De modo divergente da Biomedicina, os sinais da doença não estão restritos ao corpo ou aos sintomas corporais. O contexto, seja das relações sociais, seja do ambiente natural, faz também parte de possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificar a doença, suas causas e seu significado (LANGDON, 2003).

Nas escutas das falas dos entrevistados, a doença dá os seus sinais. Ela é percebida como algo que incomoda, perturba, desequilibra emocionalmente e aborrece.

As falas a seguir narram a presença de dor como um dos sinais marcantes da doença:

“Eu tenho bico de papagaio, perturba, perturba...[...] Eu coloco uma massagem que a menina me arrumou e pilula não adianta quase, mas bico de papagaio é horrível! Eu tenho a chapa lá, é uma lança assim! Conforme o tempo aí começa a cutucar na carne e aí vem a dor.”

J (73)

“A dor, quando é doente tem dor, aí é ruim né.”

C (73)

A ausência de dor é um sinal de que “tudo vai bem”, para o idoso, mesmo que possuam um diagnóstico de doenças. Nas próximas falas, nota-se que a ausência da dor significa não ter doença. Destaca-se que doenças como osteoporose, diabetes e hipertensão são assintomáticas, dificultando, portanto, o controle e o tratamento. Em alguns casos, a falta do “sinal” ou ignorar a “dor” resulta num quadro que compromete a saúde da pessoa.

“Ah, meu diabete deu quatrocentos e falaram assim: “olha ela que vá procurar”, mandaram eu procurar alguma coisa e eu pesava sessenta e quatro quilos e eu não queria ficar gordona; a gente quando fica gorda vai logo ficando barriguda e eu não queria. Mas aí, lá ele me pesou tudo e falou “olha, ela tá com cinquenta quilos e tem que procurar. Eu tinha perdido quatorze quilos e não tinha nem percebido, aí eu vim nesse aí em baixo, que ainda não tínhamos o posto de saúde aqui. Aí, a moça me pesou na balança, pesou cinquenta quilos de novo. Aí eu comecei a fazer exame de sangue, exame disso, daquilo e tal...”

MP (83)

No o caso de E (62), que se recupera, sem seqüelas aparentes, de um AVC²⁴ há oito meses, refere-se a sua enfermidade na terceira pessoa, ou seja, alguém lhe falou (no caso o médico) que ele era hipertenso. Tal percepção de doença só veio quando sentiu os efeitos da doença no seu corpo.

“Não, só falavam que eu tinha pressão alta[...] quando a minha esposa acordou, eu já estava me debatendo; tava com espasmo, sabe, já tava com espasmo. Aí, chamou a minha irmã, chamou a vizinha, minha irmã veio com o carro, aí chamou o resgate e já fui pra Santa Casa.”

E (62)

²⁴ Acidente Vascular Cerebral é caracterizado pela perda rápida de função neurológica, decorrente do entupimento ou rompimento de vasos sanguíneos cerebrais. São considerados fatores de risco: a hipertensão, a aterosclerose, o diabetes mellitus, o colesterol elevado, o tabagismo e o etilismo.

O próximo testemunho chama-nos a atenção. ML (66) é um exemplo típico dos dados estatísticos epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde, citado anteriormente: ML²⁵ (66) narra que possui várias doenças, todas diagnosticadas pelo médico. Ele já a alertou da gravidade de seu quadro de saúde e da necessidade de intervenções médicas mais específicas. No entanto, alega não se sentir tão mal assim e que o médico exagera em suas colocações.

“Não, minha pressão é boa, é tudo bom”.[...] Não, é que esse diabetes é uma doença muito ingrata e o que ele ataca mais é as vistas, né? Não fosse as vista tudo bem? Mas a pessoa sem vista, né... Vamo ver, não sei, que nem amanhã eu vou fazer esse caterismo, mas eu não sei se eu vou conseguir por causa do diabetes, se tiver muito alto.”

ML (64)

Para Minayo (2006), seja qual for a dinâmica efetiva do “ficar doente”, o indivíduo julga seu estado, não apenas por manifestações intrínsecas, mas também por seus efeitos. Para a autora, uma vez aceito e compreendido como doente, ele tem atitudes e comportamentos peculiares em relação ao seu estado e, assim, torna-se *doente* para o *outro*.

Ressalta-se que, apesar da gravidade de determinadas doenças, o maior problema não parece ser a doença em si, mas a consequência concreta dela, em outras palavras, o quanto ela pode incapacitar o homem.

A doença não se expressa apenas numa versão “palpável” (exames de sangue, RX, ultrassonografia, etc..), ela também se manifesta através de comportamentos. Nas falas de alguns idosos, identificou-se a doença expressa através do comportamento chamado “nervoso”. O nervoso, aqui descrito, estava vinculado a um estado de perturbação passageira não havendo associação de percepção do sofrimento nervoso com doença mental.

²⁵A EP de ML (66) foi marcada pelo seu bom humor e pela disposição para as atividades do dia-a-dia. A entrevista foi realizada no seu quintal enquanto trabalhava na lavagem de roupas. Por três vezes a entrevista foi reiniciada, isto porque, ela sempre deixava de falar que tinha determinada doença. Não aparentava cansaço, angústia ou qualquer sentimento que demonstrasse preocupação. No dia seguinte após a EP ela foi submetida a um cateterismo.

O nervosismo é um comportamento diretamente ligado a uma dinâmica interativa, na qual a conduta e o modo de ser do indivíduo são considerados como estranhos ou alheios a um padrão considerado normal de comportamento. Portanto, esse conceito refere-se às construções culturais herdadas e utilizadas em determinadas situações (ALVES, 2002).

Para Duarte, (1986) o nervoso é uma característica de um determinado modo de pensar a pessoa, “nervoso é um modo de ser no mundo”. A doença nervosa fragiliza as relações com os outros e com o meio.

Duas das cinco mulheres idosas entrevistadas relataram sofrer de algumas perturbações nervosas. Não foi identificado nenhum caso entre os homens, embora um senhor as tenha citado.

Para M (72) e ML (64), motivos familiares, tais como problemas mal resolvidos e preocupações com a vida de terceiros, desencadearam seu desequilíbrio emocional ou físico. Durante a realização das entrevistas, observaram-se, em alguns momentos, comportamentos acentuados de euforia ou tristeza. Elas relatam que os “problemas de cabeça” — o nervoso — desestabilizam mais acentuadamente sua vida diária do que as doenças físicas.

“Aí deu tudo bom. Certo que eu não sinto nada, só quando as pessoa começa a me aperreia que eu fico muito nervosa e pronto; mas é só isso.”

M (72)

“Aborrecimento. Aborrecimento, muito nervoso com os filhos, eu me aborreci um pouco... Cê sabe, a pessoa que tem muito filho sempre tem né, preocupação.” Eu sofri com um filho e aí eu fiquei nervosa e daí desse nervoso eu peguei diabete e não curei mais não. [...] O meu diabete foi de nervoso. [...] Me senti muito nervosa, eu me acabei, eu fiquei pesando quarenta e nove quilos. É, eu não comia, não bebia, só chorava e aí peguei diabete.”

ML (64)

Apenas um homem entre os cinco entrevistados relatou a sua percepção de doença atrelada ao nervoso. Neste caso, o nervoso também desencadeou o diabetes, doença crônica e irreversível.

“É... Eu comia doce pra caramba e não tinha diabete; mas depois que ela morreu o médico falou pra mim que o que eu adquiri foi... [...]Foi, foi diabete nervosa por casa da perda dela.”

I (79)

Não temos o propósito de nos aprofundarmos em questões voltadas para doença mental. No entanto, é importante considerar que o nervosismo é uma forma de demonstração para explicações sobre doença, não relacionadas às afirmações do médico. Enfim, a doença é muito mais do que a explicação racional dela; remete a outros domínios da vida, como o emocional. No caso destes idosos, o nervoso percebido vai ao encontro do que afirma Duarte (2003): “As doenças são um modo de designar certos tipos de sofrimento [...]”

Ademais, a doença também é percebida quando ela assume um caráter “ameaçador” às condutas sociais, ou seja, a doença é vista como desagregador da vida social. Impede a concretização de projetos através dos efeitos negativos no corpo — cansaço, dor, tonturas, entre outros – debilitando e tornando as pessoas, incapazes para determinadas ações.

Para o grupo de idosos do Morro da Penha, fica evidente a forte ligação entre doença e incapacidade, mas não ao ponto de interferir nas suas rotinas diárias de trabalho formal ou doméstico.

“Eu tenho pressão alta. Tenho pressão alta, mas nunca tá alta, ainda ontem ele tirou e falou “ai, tá ótima, tá parecendo pressão de criança”. [...]Eu não sinto nada e dos ossos me dói, assim, os ombros; mas dói, assim, de um jeito que dá pra mim fazer tudo, não, assim, faxina, essas coisas. Não me empata fazer comida, varrer uma casa, passar um paninho. Assim não me empata.”

C (73)

“A doença, é pra mim e quando a pessoa fica de cama e não pode levantar; mas eu posso: levanto, faço alguma coisa, fico aqui pra ele ir buscar mercadoria e, quando posso, vou comprar mercadoria. Também abasteço meu “freezer”. Ajudo meu filho.”

I (79)

“Doença é o que te joga em cima de uma cama e você não levanta mais, isso aí que é doença. Eu acho que é doença te jogar em cima de uma cama e ficar, assim vivendo pela mão dos outros. pedindo água, pedindo tudo pela mão dos outros. Aí eu acho... Eu sou tão chata, eu não como nada que ninguém me dá, eu não como nada o que os outro faz; é tudo eu que tenho que fazer...trabalhar,é bom, tá com os outros.”

ML (64)

O trabalho tem um papel fundamental na vida dos idosos do morro. A doença representa uma ameaça à “força” que o trabalho exerce em suas vidas. Trabalhar representa autonomia, proporciona independência e liberdade. A doença os aprisiona, corta seus vínculos, isola-os da realidade social. O sentido de trabalho atribuído por esses idosos está associado a tarefas básicas da vida diária, por exemplo, de auto cuidado, que os possibilitam viver bem (mesmo quando há certo grau de limitação na execução dessas atividades).

O trabalho é capaz de unir a singularidade do ser que trabalha, remetendo-o ao convívio com outros seres, caracterizando o envolvimento e o desejo de organização social — dimensões fundamentais para a garantia de um processo de vida (BARROS,1995).

Falar em doença nos remete à possibilidade de morte. Falar em morte significa fechar o último ciclo de vida, em que a doença pode vir a ser o primeiro passo para o “fim” desta vida.

Autores como Durkheim (2000), Mauss (2003) e Evans-Pritchard (1978), entre outros, trataram de investigar esse fenômeno tão onipotente e onipresente na vida das pessoas, e tão marcado por simbologias e representações sociais. Pode-se dizer que a doença e a morte são compreendidas diversamente, segundo o contexto histórico, social e cultural.

A morte do corpo é a morte do símbolo da estrutura social; é a evidência da entropia, é a imposição ao homem “de se pensar a finitude” (RODRIGUES,1983).

Nas falas do grupo de idosos que envelhecem no morro, o assunto morte foi inevitável. As falas sobre ela surgiram espontaneamente, sem receio ou tabu. Observou-se uma relação de respeito, hierarquia soberana, que entende a morte como algo inevitável, superior e poderoso. Não há medo dela e sim aceitação, como um fato conseqüente da vida.

Entretanto, identificou-se que o receio não é da morte, mas de como a doença se manifesta nos corpos. A doença surge como vilã, ela é percebida como algo que castiga porque causa sofrimento individual e coletivo. O sofrimento que muda a aparência, o comportamento e, conseqüentemente, “deseja-se a morte”. Ela aparece como um alívio, uma conseqüência da vida de quem já viveu muitos anos.

“A morte é coisa da vida, só não quero ficar sofrendo né? porque eu penso assim: eu não casei, não tenho filhos. Então, eu me preocupo assim, eu peço, como acho que todo mundo pede, já partir pra outra. O medo que eu tenho é esse de dar trabalho, né? Mas não tenho nenhum grande medo, não.”

L (60)

“Apois pronto, e, graças a Deus, nos exame não deu nada.[...] Óie moça, chegando minha hora eu vou bem satisfeita sendo levada por Deus. Eu vou bem satisfeita, que nós nasce e também já vem marcado os dias que é de vida de nós e, aí chega a hora.”

M (73)

“Não. Eu, quando for, quero ir de uma vez. Não quero sofrer.”

R (66)

“E é isso que eu quero: que Deus Nosso Senhor me livre disso (ficar sofrendo), só isso. Agora, de morrer? Eu... Pode dar um treco agora e levar minha vida que eu tô preparada, graças a Deus.”

MP (83)

Na sociedade ocidental, o corpo envelhecido parece ser digno de morte e doença. Em nossa cultura, os declínios funcionais e as mudanças na aparência dos corpos dos idosos, são

considerados situações propícias para designar exclusões e formular rótulos equivocados, daqueles que sobreviveram às doenças e aos desafios dos ciclos de vida anteriores.

Cada sociedade dá a morte a sua resposta e essa resposta é uma espécie de teste projetivo da estrutura social. Mas todas elas respondem ao mesmo problema: a morte do símbolo que o corpo é (RODRIGUES,1983).

Nas falas que se seguem, a sensação de medo surge em torno do sofrimento e não da morte — o fim dos ciclos da vida. C (73) atribui um significado religioso em relação à morte, que significa uma passagem para outra dimensão. O momento anterior ao ato de morrer é o que a faz temer!

“A morte, eu encaro numa boa a morte. A gente só ora muito pra não ir pro inferno, né? Pede muito a Deus pra ir pro céu, que a gente quer o melhor; mas eu não tenho medo, não, só medo é da doença. O sofrimento da doença é que dá medo, né? Acho que é isso que eu tenho medo, do sofrimento.”

C (73)

Nos próximos relatos, a morte é vista como um fenômeno conhecido desde o nascimento que, por conseguinte, não causa medo. Mesmo com todo avanço tecnológico da Biomedicina (Genética) ainda não se pode prever com exatidão qual a doença causará a morte de uma pessoa. Isso, sim, que causa medo aos mais velhos.

“A gente não deve ter medo. Eu só tenho medo daquilo que eu não conheço. Ai, eu tenho medo de passar ali!” Minha filha, se não passar, não vai saber se vai cair ou não, então é melhor passar.”

E (62)

“A morte ninguém pode temer, porque a gente tá conversando aqui e eu nem sair da cadeira e também não tem aquela de “ai, coitado!” Não, não adianta. Era a hora dele”.

J (73)

Na fala de ML (64), a morte quanto finitude, não surge como um significado atrelado ao corpo físico, mas à ruptura de vínculos afetivos.

“Me preocupo, eu tenho medo... Risos... Eu tenho medo por causa de deixar meus filhos... Só isso.”

ML (64)

Conclui-se que o ato de morrer não é apenas um fato biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais (MENEZES, 2004).

As percepções de doença, aqui observadas, mostram que ela transcende o aspecto biológico, pois afeta a vida social. Desestrutura, de certa forma, a ordem, (organização) da vida dos idosos do morro e ameaça o “seu bem viver”. A doença é multifacetada e revela-se ardilosa, engenhosa e muitas vezes cruel nas suas manifestações corporais e sociais. Como diria Rodrigues (1983): *“Doença e doente, são categorias sociais e é de se esperar que cada cultura lhes dê explicações próprias”* (RODRIGUES, 1983, p.83,)

CONCLUSÃO

Ao penetrar no cotidiano de idosos do morro da Penha, em Santos-SP, muitas questões foram confirmadas, estereótipos e paradigmas foram quebrados e muito se compreendeu sobre a maneira daqueles que envelhecem e como isto interfere na percepção de saúde e doença.

A primeira quebra de estereotipo foi a de que velhice é sinônimo de fragilidade. A velhice encontrada não é fragilizada, dependente, carente ou ausente. Pelo contrário, é forte, ativa, independente e participante. A característica marcante do grupo analisado é o poder de decisão e a consciência dos seus próprios atos.

Percebem-se velhos ou idosos quando não podem mais exercer as atividades relacionadas ao trabalho diário. Para esses idosos, a velhice não se revela no aparecimento dos cabelos brancos, rugas ou manchas senis na pele. A velhice não é vista, é sentida. Ser idoso não é uma categoria etária, é uma “nova forma” de se estar no mundo.

Perante a família, assumem o papel importante e participativo nas decisões financeiras e educacionais. Na comunidade, mesmo com a mudança do perfil da população e com a ação do narcotráfico, conseguem ser respeitados e considerados, porque fazem parte da história do morro.

Observa-se que a percepção de saúde e doença do grupo tem relação direta com a experiência de vida e com o contexto sócio-cultural. Percebem a saúde quando podem realizar suas atividades laborais. A saúde está associada à concretização de seus atos, isto é, locomoção, trabalho, lazer e disposição.

Outra face da saúde é a possibilidade de acesso aos serviços públicos de saúde. Ressalta-se a importância do Programa de Saúde da Família do Morro da Penha. Após a implantação do mesmo, a saúde dos idosos ganhou um aliado para a construção do conhecimento, para a promoção e manutenção dela.

Em resumo, para esses idosos a saúde significa sentirem-se potentes para enfrentar e resolver as questões da realidade física-psíquica-social da vida. Realidade física, quando conseguem ser autônomos e independentes funcionalmente. Psíquica, quando preservam a lucidez de seus atos. Social, quando estabelecem uma relação de vínculos com o ambiente social e familiar.

Percebem a doença quando ela é uma ameaça a sua realidade social, em outras palavras, a doença desestrutura o seu cotidiano, altera a rotina, impede os vínculos com a sociedade e a família.

Enquanto a doença não agride o estado físico dos corpos (ela “parece” inofensiva), não incomoda e nem interfere em suas vidas. No entanto, temem o grau de intensidade da manifestação de doenças. Abominam os efeitos de doenças — sofrimento — no corpo que envelhece, preferindo a morte. Afinal, a morte faz parte da vida, é sabida, é certa. A doença é uma incógnita e quem tiver sorte, morrerá sem sofrimento, preferencialmente sem “doença”.

Saúde e doença fazem parte da vida do homem: não têm significados opostos, mas complementares. Pode-se ter saúde com alguma patologia. Cada pessoa dá um significado a esses dois eventos de acordo com a sua experiência social e cultural.

Ao término do olhar, do ouvir, do interpretar e do escrever sobre a percepção de saúde e doença de idosos, atesta-se que a população idosa é um nicho da população santista que requer um olhar mais abrangente sob a ótica da saúde.

A relevância do crescente aumento de idosos nas populações é indiscutível. Há uma preocupação da Saúde em desenvolver estratégias visando amenizar o impacto da alta demanda dos idosos nos serviços públicos de saúde. A demanda crescente gera custos, onera o poder público, afeta o orçamento do Estado.

O meio científico mobiliza-se no desenvolvimento de pesquisas voltadas para amenizar as conseqüências “nocivas” do envelhecimento; predominam os estudos biomédicos. No entanto, ainda poucos estudos se aprofundam na compreensão sobre a pessoa que envelhece.

As Ciências Sociais vêm buscando estreitar a comunicação com as outras áreas da Saúde. Há uma necessidade imediata de fusão desses conhecimentos. A saúde é feita para pessoas e como pessoas, necessitam de um olhar mais amplo. Um olhar que contemple todos os aspectos que formam o ser humano, ou seja, o biológico, o psicológico, o social e o cultural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Paulo C. Nervoso e experiência de fragilização: narrativa de mulheres idosas. In: MINAYO, Maria Cecília S; COIMBRA, Carlos E. A (Orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

ANDREWS, Garry A. Los desafíos de proceso de envejecimiento em las Sociedades de hoy Y del futuro. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO FILOSOFIA, 3, 1999, Santiago. **Los desafios de proceso de envejecimiento em las sociedades de hoy Y del futuro**. Santiago: CELADE, 2000.p. 20-41.

ARCAND, B. La construction culturelle de la vieillesse. Québec, fev. 1982. Département. d'antropologie, Université Laval. Disponível em: < [http:// WWW.uqac.ca/classiques.htm](http://WWW.uqac.ca/classiques.htm)> Acesso em: 28 nov. 2007.

BALTES, Paul. *et al.* **Introduction to research methods: life-span developmental psychology**. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1988.

BARNES, J. A. Redes sociais e processo político. In: BIANCO-FELOMAN, B. (org) **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo,1987, p. 441-459.

BARROS, Myriam M. L. O passado no presente aos 70 falando do Rio de Janeiro. **Cadernos de antropologia e imagem**, Rio de Janeiro, v.4, n.15, p. 91-106, jun.1995.

_____. Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: _____. **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. 4 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007, 113-168.

BERQUÓ, Elza. Algumas Considerações Demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO. 1, 1996, Brasília. **Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil**. Brasília: MPAS, 1996.p.08-20.

BORUCHOVITCH, Evely; FELIX-SOUZA, Isabela Cabral; SCHALL, Virgínia. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de primeiro grau. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.6, dez 1991. Disponível em: <<http://.Scielo.com.br/scielo.htm>>. Acesso em: set. 2008.

BOURDIER, Pierre. **A juventude é apenas uma palavra**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRANDINI, Valéria. Bela de morrer, chique de doer, do corpo fabricado pela moda: o corpo como comunicação, cultura e consumo na moderna urbe. **Contemporânea**, v.5, n.1, p. 1-28 Dez, 2007.

BRASIL, Portaria 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Estabelece políticas de saúde do idoso. Brasília,1999. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br.htm>>. Acesso: 03 de mar de 2009.

CAMPOS, G. Wagner *et al*. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: _____. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, São Paulo: Hucitec, 2006, p. 53-92.

CARVALHO, Filho Eurico T; NETTO, Matheus Papaléo. **Geriatrics: Fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: MINAYO, Maria Cecília, CAMPOS, Wagner S.G *et al* (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p.231-258.

COLASANTI, Marina. **Rota de colisão**. Rio de Janeiro: Rocco,1994.

COSTA, Maria Fernanda L; VERAS, Renato. Envelhecimento e Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.19, n.3, p. 700-701, mai-jun, 2003.

CUCHE, Denys. **Noção de cultura nas ciências sociais**. São Paulo: EDUSC,1989.

DAVIDOFF, Linda. **Introdução à psicologia**. 3 ed. São Paulo: Makron Books, 2001.

DEBERT, Guita Grin. Envelhecimento e representação da velhice. Rio de Janeiro, out.1999 *Ciência Hoje*. Disponível em:<<http://www.cienciahoje.uol.com.br.htm>>. Acesso em: dez. 2006.

_____. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: EDUSP, 2004.

_____. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, Mirian L (org). **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro, 2007, p.49-68.

DEJOURS, Cristhophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DUARTE, Luiz Fernando D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.8, v.1, p.173-183, 2003.

DUMAZIDIER, Joffre. **Sociologia empírica do lazer**. São Paulo: perspectiva, 1979.

ELIAS, Norbert. **Solidão dos moribundos: seguidos de envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ELSEN, Ingrid. **Concepts of health and illness and related behaviors among family living in a Brazilian fishing village**. San Francisco, 1984. 203 p. Tese de Phd. University of California.

ERIKSON, Erik. H. **El ciclo vital completado**. México: Paidós, 1990.

EVANS-PRITCHARD, E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.

_____. **Os Nuer**. São Paulo: perspectiva, 1993.

FERNANDES, Francisco. **Dicionário brasileiro contemporâneo**. 3 ed. Porto Alegre, 1990.

FUTISTONI, O; PASSANANTE, D. **La tercera edad**. Buenos Aires: 1980.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOMES, Romeu; MENDONÇA; Eduardo, PONTES; Maria Luiza. As representações sociais e a experiência da doença. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1207-1214, set-out, 2002.

HECK, Maria R; LANGDON, Esther J.M. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade Rural. In: MINAYO, Maria Cecília; COIMBRA, Carlos E. A (Orgs). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais**, 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

_____. **Posição ocupada pelos 100 maiores municípios em relação ao produto interno**. Rio de Janeiro: BGE, 2007.

JECKEL- NETO, Emilio A. Tornar-se velho ou ganhar idade: o envelhecimento biológico revisitado. In: NERI, Anita L.(org). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. São Paulo: Papirus, 2007, p.39-52.

KALACHE, Alexandre. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde da PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n.10, p. 2503-2505, Rio de Janeiro, 2007.

LANGDON, E.J. Cultura e os processos de saúde e doença. In: SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA/PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Londrina, 2003.p.91-107.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

_____. Introdução a obra de Marcel Mauss: In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. 2 ed. São Paulo: Cosac Naify, 2003, p.11- 46.

MAUSS, Marcel. _____. **As técnicas do corpo.** _____. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MEDRONHO, Roberto *et al.* **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2006.

MENEZES, Rachel A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

MINAYO, Maria Cecília e Souza, COIMBRA, Carlos E. A (Orgs). Introdução. In: _____. **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p.11-24.

_____. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. **Tratado de Saúde Coletiva.** MINAYO, Maria Cecília; GASTÃO *et al.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINOIS, Georges. **História da velhice no ocidente.** São Paulo: Teorema. 1999, p.201-230.

MONTEIRO, Carlos A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças.** São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000.

MOTTA, Alda B. **As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento.** Salvador, 1999. 160 p. Tese (Doutorado em Educação) – Departamento de pós-graduação em Educação. Faculdades de Educação, Universidade Federal da Bahia.

_____. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, Maria Cecília; COIMBRA, Carlos. A. Jr, (org). **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, 37-48.

_____. **“Chegando pra Idade”.** IN: BARROS, Myrian M.L (org). **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política.** Rio de Janeiro: FGV, 2007, p.223-235.

NERI, Anita L.(org). **Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia.** In: _____. São Paulo: Papirus, 2007,11-35.

OLIVEIRA, Francisco A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface - Comunicação, saúde e educação*. Botucatu, n. 6, p. 63-74, fev. 2002.

OMRAN, A.R. The epidemiology transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem. In: _____*. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000.

PIOVISAN, Armando. Percepção cultural dos fatos sociais: suas implicações no campo da saúde pública. São Paulo, jun.1970. **Revista Brasileira de Saúde Pública**. Disponível em: <<http://.SciELO.com.br/scielo.htm>>. Acesso em: 28 jan 2008.

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. nº 21. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

PRADO, Shirley. D; SAYD, Jane. D. Como poderia a gerontologia, um campo multidisciplinar do saber, estar presente na tabela das áreas do Conhecimento do CNNPq?. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 03 dez de 2007.

RODRIGUES, Olavo. Morros – sua toponímia. **Cartilha da História de Santos**. Santos: PRODESAN, 1980.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do Corpo**. 3 ed. Rio de Janeiro: achiamé, 1983.

SANTOS, Geraldine A;VAZ, Cícero E. O significado das experiências culturais da infância no processo de envelhecimento bem-sucedido. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento**, v.1, p. 23-37, 2004.

SANTOS, S.S.C. **Enfermagem geronto-geriátrica: da reflexão à ação cuidativa**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2000.

SCHRAMM, Joyce *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no brasil. **Ciência&Saúde Coletiva**, v 9, p 4-14,2004.

SCOTT, Russel Parry. **Envelhecimento e juventude no Japão e no Brasil: idosos, jovens e a problematização da saúde reprodutiva**. In: _____. _____. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). Disponível em: < <http://www.Seade.gov.br>.> Acesso em 16 de nov.2008.

SEPLAN (Secretaria de Planejamento). Disponível em:<<http://www.santos.sp.gov>> Acesso em:17 de nov.2007.

SIMÕES, Júlio A. A maior categoria do país: o aposentado como ator político. In: _____. _____. Rio de Janeiro: FGV, 2007, p.13-34.

SPIRDUSO, Waneen W. **Dimensões Físicas: do Envelhecimento**. São Paulo: Manole, 2005.

UCHÔA, Elisabeth. *Les Femmes de Bamako (Mali) et la Santé Mentale. Une Étude anthropopsychiatrique*.1998.Tese Ph.D.1998.Montreal:Universidade de Montreal,1998.

_____. LIMA COSTA, Maria Fernanda *et al.* **Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural**. In: _____. _____. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

_____. Contribuições da Antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 849-853, mai-jun, 2003.

_____. _____. FIRMO Josélia. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre os idosos do projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.6, p. 827-34, 2004.

UHLEMBERG, P. A demographic perspective on aging. In: SILVERMAN, P (org). **The elderly as modern pioneers**. Indiana: Indiana university,1987.

VERAS, Renato. **País jovem com cabelos brancos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará,1995.

_____. POPULATION AGING AND HEALTH INFORMATION FROM THE NATIONAL HOUSEHOLD SAMPLE SURVEY: CONTEMPORARY DEMANDS AND

CHALLENGES. INTRODUCTION. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.10, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php>. > Acesso em: 19 Nov, 2007.

VÍCTORA, Ceres Gomes; HASSEN, Maria de Nazareth. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statistical Information System**. Disponível em:<<http://www.who.int/whosis/en/index.html>>. Acesso: 30 de novembro de 2007.

ZALUAR, Alba; LEAL, Maria C. Violência extra e intramuros. **Rev. Brasileira de Ciências Sociais**, Osasco, v.16. n 45, p.146-164, fev. 2001.

ANEXO A — Modelo de termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: A Velhice do alto: percepção de saúde e saúde de idosos moradores do morro da Penha, município de Santos-SP.

Essas informações estão sendo fornecidas para esclarecer sobre sua participação voluntária neste estudo, que será realizado na comunidade do morro da Penha, município de Santos-São Paulo. O objetivo desta pesquisa é compreender, do ponto de vista da cultura, a percepção de saúde e doença dos moradores idosos moradores do morro da Penha.

Sua participação será apenas por meio do fornecimento de informações através de entrevistas individuais, não apresentando, portanto, risco humano direto de nenhuma natureza.

As informações que você fornecer serão analisadas em conjunto com as informações obtidas de outros participantes e, em momento algum, você será identificado individualmente. A pesquisadora se compromete a utilizar os dados obtidos somente no contexto da pesquisa.

Todo participante deste trabalho científico tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais e finais do estudo. Em qualquer etapa da pesquisa, você terá acesso aos profissionais envolvidos no estudo para esclarecimento de dúvidas. A orientadora responsável por esta pesquisa é a Prof^a Dra. Denise Martin Coviello, UNISANTOS. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre o caráter ético desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNISANTOS.

Com as informações que li, acredito ter sido suficientemente esclarecido (a) sobre a pesquisa: A velhice do alto: percepção de saúde e saúde de idosos moradores do morro da Penha, município de Santos, SP.

Conversei com um membro da equipe de pesquisa sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os seguintes aspectos:

- a) justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) métodos alternativos existentes;

- d) forma de acompanhamento e assistência com seus devidos responsáveis;
- e) garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, com informação prévia;
- f) liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g) garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando-lhe absoluta privacidade;
- h) formas de indenização diante dos eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- i) formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa.

_____ Data ____ / ____ / ____
Assinatura do responsável, membro da equipe de pesquisa

_____ Data ____ / ____ / ____
Assinatura do entrevistado/representante legal

_____ Data ____ / ____ / ____
Assinatura da testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Anexo B — Modelo do roteiro de observação do Morro da Penha

- Acesso (Como é? dificuldades, obstáculos, características gerais)
- Arquitetura das moradias (diferenças de acordo com a ocupação, características, relações de privacidade)
- População (observação depende do horário)
- Sociabilidade entre os moradores (incluindo a presença do narcotráfico)
- Comércio local (descrever)
- Comércio informal
- Estrutura de serviços públicos (escola, centro de convivência, PSF, UBS)
- Igrejas (católica e protestante)
- Lazer (baile funk, churrasco na lage)

Anexo C — Roteiro das entrevistas com os idosos

- Local de nascimento, idade, há quanto tempo mora no morro da Penha? Com quem mora? O que as pessoas fazem?
- Estado civil, há quanto tempo, número de filhos, o que fazem, se estudou, até quando, idade.
- Atividades que realiza? Tem aposentadoria? Como vivem materialmente? (observar a casa, as condições)
- Como é a sua rotina? O que faz dentro de casa? (cozinha, ver televisão, rádio, artesanato, e fora... jogar dominó, conversar, beber...)
- Como é morar no morro? O que tem de bom e o que tem de ruim?
- Quem são as pessoas com quem se relaciona? Relação com vizinhos, parentes, outros moradores - explorar a sociabilidade.
- Como é a sua saúde? Descrever se tem doenças, quais, como cuida delas, quem cuida, se toma algum remédio.
- Explorar o que entende pelas doenças que tem, o que causou, qual o prognóstico (bom ou ruim) etc.
- Quais os serviços de saúde que frequenta (no morro e fora dele, explorar o que justifica sair do morro)
- Explorar cuidado médico oficial e outros cuidados, por exemplo, desde benzeção até fitoterápicos, chás, unguentos, compressas.

- Conhece outros idosos aqui no morro? Como é o tratamento de saúde das pessoas da sua idade aqui no morro? O que elas fazem? A quem recorrem? Tem resultado?
- Quem frequenta, na sua família, o posto de saúde? Para que? E os idosos? Ver acesso a serviços de saúde (PSF)
- Quais doenças o preocupam (mesmo não sendo portador)? Por quê? Se tivesse determinada doença, como imagina que seria seu tratamento?
- Frequenta alguma religião? Por quê? Qual a importância em sua vida? Explorar quais credos praticou na vida, porque mudou, o que significa a religião na velhice.
- O que é uma pessoa velha? Você se considera uma pessoa velha?
- Como é envelhecer no morro?
- Você se preocupa com a morte? Se sim, como?
- O que é saúde para você? E as doenças que não são físicas? As mentais.

Anexo D — Imagens do local da pesquisa



