

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

KELLY KARINE PASQUAL

**CONCEPÇÃO DA MULHER IDOSA SOBRE O ENVELHECER E
SUA PERCEPÇÃO ACERCA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NESSE CONTEXTO**

MARÍLIA

2015

Kelly Karine Pasqual

Concepção da mulher idosa sobre o envelhecer e sua percepção acerca da
Estratégia Saúde da Família nesse contexto

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mara Quaglio Chirelli

Coorientadora: Prof^a Dr^a Katia Terezinha Alves Rezende

Marília
2015

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

P284c Pasqual, Kelly Karine.

Concepção da mulher idosa sobre o envelhecer e sua percepção acerca da Estratégia Saúde da Família nesse contexto / Kelly Karine Pasqual. - - Marília, 2015.
70 f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mara Quaglio Chirelli.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Katia T. Alves Rezende.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento) - Faculdade de Medicina de Marília.

1. Saúde da mulher. 2. Saúde do idoso. 3. Determinação de necessidades de cuidados de saúde.

Kelly Karine Pasqual

Concepção da mulher idosa sobre o envelhecer e sua percepção acerca da Estratégia Saúde da Família nesse contexto

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Envelhecimento.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mara Quaglio Chirelli

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Katia Terezinha Alves Rezende

Comissão Examinadora:

Prof^a Dr^a Mara Quaglio Chirelli
Faculdade de Medicina de Marília

Prof^a Dr^a Maria José Sanches Marin
Faculdade de Medicina de Marília

Prof^a Dr^a Maria Suely Nogueira
Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Data da aprovação: ___/___/____

Dissertação dedicada às 30 mulheres que participaram desta pesquisa, pois é delas que veio a inspiração, foi com elas que construímos o saber e para elas destinamos os frutos, que colheremos juntas, na rotina, nas trocas, na prática.

AGRADECIMENTOS

A Deus por:

Ter me permitido ser enfermeira, profissão que transformou minha vida, e por ter conhecido docentes tão competentes durante a graduação, a residência e o mestrado. Às Prof^ª Dr^ª Mara Quaglio Chirelli e Prof^ª Dr^ª Katia Terezinha Alves Rezende, que me ensinaram muito mais do que poderia expressar em poucas linhas. Não poderia ter sido mais abençoada em conhecer e conviver com pessoas tão iluminadas.

Por ter, em minha banca de qualificação e defesa, docentes tão competentes e acolhedoras. Todas as considerações feitas foram usadas para avançar na construção desta dissertação. Muito obrigada à Prof^ª Dr^ª Maria José Sanches Marin, à Prof^ª Dr^ª Maria Suely Nogueira e também às Prof^ª Dr^ª Silvia Franco da Rocha Tonhom e a Prof^ª Dr^ª Maria Elizabeth Corrêa Hernandez, por se disponibilizarem a ficar como suplentes.

Por ter ingressado no Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Medicina de Marília, em especial ao Prof Dr Agnaldo Bruno Chies e ao Prof Dr Spencer L. M. Payão, que me apoiaram tanto. Agradeço, também, aos profissionais da biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília que foram tão pacientes e me ajudaram em muitos momentos.

Agradeço, especialmente, por poder exercer minhas atividades na Estratégia Saúde da Família e, anteriormente, no Hospital das Clínicas de Marília. Em ambos os locais, conheci muitas pessoas, e nesses encontros encontrei Você. Por deixar que eu trabalhe com tantas pessoas que amo na USF Parque dos Ipês; aprendi com eles que só existe um bom trabalho se este é compartilhado.

Por todos os amigos que fiz nesta vida; não conseguiria citar todos aqui, mas moram nos meus pensamentos e no meu coração. Pelos meus pais, Osvaldo e Jenilde, que lutaram tanto para me dar o que não puderam ter; são meus exemplos de honestidade e caráter. Pelo meu marido, Carlos Eduardo, amor da minha vida, que me suportou em todas as decisões que tomei. Amém.

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida, o Brasil está passando por um período de transição epidemiológica, havendo maior proporção de mulheres do que de homens com idade avançada, fenômeno conhecido como a feminização da velhice. Nosso objetivo foi analisar a concepção da mulher acima dos 60 anos sobre o processo de envelhecer e a percepção destas sobre o cuidado em saúde promovido pela ESF. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com uso de entrevista semiestruturada para coleta de dados, realizada em Unidades de Saúde da Família localizadas no município de Marília. Os sujeitos são mulheres com idade igual ou acima dos 60 anos, seleção por amostra aleatória simples, totalizando 30 mulheres. Discussão e análise foram submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática. A partir do agrupamento dos núcleos de sentido, foram formados os seguintes temas: As diferentes condições de vida e o processo de envelhecer das idosas; O acesso às tecnologias em saúde e o vínculo na percepção das mulheres. Foi possível apreender, junto às idosas que o envelhecer é polissêmico, construído nas trocas, reinventado; a mulher pode compreender o passar dos anos como inúmeras possibilidades de encontrar a felicidade, seja de forma reflexiva, repensando o presente e o passado, ou a partir de suas perdas, dores e aflições. Enquanto profissionais no campo da saúde, na gestão do processo de trabalho, devemos conhecer as necessidades de saúde de cada mulher junto a elas e a sua comunidade.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Saúde do idoso. Determinação de necessidades de cuidados de saúde.

ABSTRACT

Brazil is going through a period of epidemiological transition, with the increase of life expectancy, with a higher proportion of women than of men with advanced age, a phenomenon known as the feminization of old age. Our objective was to analyze the women's perception of aging, their social insertion at this stage of life, and how they view the process of attention provided to them by primary care. It is a qualitative study using semi-structured interview to collect data within the coverage area of Marília. The subjects are women aged over 60 years, sample by intentionality, totaling 30 women. Discussion and analysis were subjected to content analysis, thematic modality. From the group of units of meaning the following topics were formed: Living conditions and the process of aging of the elderly; The access to health technologies and the link in the perception of women. It was possible to learn from the older the age is polysemic, built on trade, reinvented, a woman can understand the years as numerous possibilities to find happiness, or reflectively, rethinking the present and the past, or from their loss, aches and pains. As professionals in the health field, in the management of the work process, we must build the health needs of each woman next to them and their community, leaving the comfort zone of knowledge cast in prescriptive and horizontal actions, starting to talk on aging with the whole community, bringing the stale as a social fact.

Keywords: Women's health. Health of the elderly. Determining health needs.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 O envelhecimento no Brasil e as Políticas Públicas.....	11
1.2 Necessidades de Saúde e Envelhecimento	16
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos.....	23
3 APORTE METODOLÓGICO	24
3.1 Tipo de Pesquisa: a abordagem qualitativa enquanto espaço de escuta e trocas	24
3.2 Local da pesquisa: apresentando o município de Marília e atenção básica.....	24
3.3 Sujeitos incluídos da pesquisa	27
3.4 Coleta de dados	27
3.5 Análise dos dados.....	28
3.6 Procedimentos Éticos	31
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	32
4.1 Caracterização das mulheres entrevistadas	32
4.2 Apresentação e discussão dos temas	38
4.2.1 As condições de vida e o processo de envelhecer das idosas	38
4.2.2 O acesso as tecnologias em saúde e o vínculo na percepção das mulheres	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	67
Apêndice 1	67
Apêndice 2	68
Apêndice 3	70

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação foi construída a partir da vivência dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF). Estou inserida na ESF desde o primeiro ano de graduação, devido à Faculdade de Medicina de Marília possuir currículo que busca integrar a escola ao serviço público de saúde no sentido de formar um profissional crítico e reflexivo, que aprende a partir das reais necessidades de saúde dos sujeitos que compõem o cenário em que está inserido e, assim, constrói o conhecimento. Após a graduação em enfermagem, busquei aprofundar o saber no campo da ESF, então ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na Unesp, e lá houve a afirmação de que a carreira na atenção básica é a possibilidade de fazer diferente.

A atenção primária vem se consolidando como um cenário onde a equipe de saúde deve reconhecer o lócus de inserção dos sujeitos. Indo além dos limites geográficos da área, a ESF entende a importância do vínculo com a comunidade, considera a construção de suas histórias e, a partir de trocas de saberes, repensa constantemente o processo de trabalho desenvolvido pela equipe, permitindo, assim, planejar e implementar ações que vão ao encontro das necessidades de saúde dos mesmos.¹⁻³

É neste contexto que deixo de ser eu, e me torno sujeito plural, pois “somos muitos em nós”², deixamos de ser profissionais de saúde para, nas trocas diárias, no aprender a aprender, na intersubjetividade, nos tornamos atores na composição do cuidado – ao mesmo tempo que construímos projetos terapêuticos, considerando as necessidades específicas do sujeito, também avaliamos necessidades da comunidade, e o quanto a necessidade do todo se conforma na necessidade de uma pessoa.

Neste cenário, constatamos o maior contingente de mulheres entre as pessoas acima dos sessenta anos e as conhecemos enquanto frequentadoras do espaço para o cuidado da sua saúde, mas também de membros da sua família e membros da comunidade, nos revelando serem pessoas ativas, chefes de família, educadoras. E são elas, enquanto sujeitos, nossa inspiração para a realização deste trabalho.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O envelhecimento no Brasil e as Políticas Públicas

O envelhecimento pode ser compreendido sob diversas perspectivas. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁴ define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.”

O envelhecimento é um grupo socialmente produzido. O significado real das mudanças que ocorrem no envelhecer é singular, devido aos processos de construção social, como a interferência de processos discriminatórios e de exclusão, ligados ao gênero, à etnia, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia, entre outros.⁵ Neste processo de determinação social e cultural da vida, as sociedades concebem diferentes representações sobre a velhice. Neste sentido, a posição social dos “velhos” na comunidade e nas famílias e o tratamento que lhes deve ser dispensado pelos mais jovens são diferentes.⁶⁻⁸

Nas décadas de 60 e 70 o aumento da expectativa de vida ampliou a discussão sobre o envelhecimento, que passa a ser reconhecido como fato coletivo, ainda que como um problema. A “socialização do envelhecimento” considera a universalização dos sistemas de aposentadoria, que teve impacto sobre a estrutura das empresas privadas, das famílias e do Estado, que passou a se responsabilizar por um contingente maior de sujeitos. No Brasil, os direitos na velhice surgem principalmente na década de 70, quando a previdência social prevê o benefício de um salário mínimo para o idoso que não possuía outros meios de subsistência; são, porém, movimentos sociais como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia que lutam pela construção de uma política social do idoso.⁹

Nos anos 80, a redemocratização possibilitou a formação de diversos movimentos sociais que lutaram pelo direito do idoso. Surgiram associações de Aposentados e Pensionistas, assim como a Confederação Brasileira de

Aposentados e Pensionistas, onde os idosos participaram da construção da constituição de 1988. Surge, então, o idoso como ator político, que se articula e luta pela sua causa. Na década de 90, a OMS apresenta o conceito de envelhecimento ativo como um avanço sobre o envelhecer, pois o concebe como um o processo que visa ampliar as oportunidades de saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar as condições de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.⁹⁻¹⁰

“É preciso lembrar que a ‘terceira idade’ é uma nova categoria social que designa o envelhecimento ativo e independente.” No envelhecimento ativo, o sujeito participa no contexto sociocultural no qual está inserido, logo, é autônomo e capaz de gerir sua vida, tomar decisões e exercer seus direitos e deveres enquanto cidadão. O sujeito ativo é integrante de sua comunidade e nela faz representações sociais, participa e pode determinar o seu modo de viver. Na concepção do envelhecimento ativo, adultos e jovens reconhecem esta fase da vida, não somente como observadores, mas como participantes do envelhecimento dos demais e do seu próprio processo de envelhecer.⁶

O decreto 8.114 determina o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo. Apresenta, entre os seus objetivos, criar ambientes favoráveis ao envelhecimento; contribuir com o protagonismo da pessoa idosa, sua autonomia e independência; articular a intersetorialidade para garantir a integralidade do cuidado ao idoso e sua família; apoiar o núcleo familiar, a convivência comunitária e intergeracional; garantir o acesso do idoso ao aprendizado e à cultura; promover a proteção e defesa do direito da pessoa idosa. Tais premissas buscam inserir e manter o idoso autônomo, com acesso aos serviços de saúde e de proteção social e com boas condições de vida.¹¹

No Brasil, observamos o envelhecimento da população como resposta à mudança de alguns indicadores relacionados à saúde, sendo especialmente importantes a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Considerando o período de 1991 a 2005, entre os homens, este último indicador aumentou de 63,2 para 68,4 anos (aumento de 5,2 anos); entre as mulheres, o aumento foi de 5 anos (aumentou de 70,9 anos, em 1991, para 75,9 anos, em 2005). Em 2005, para ambos os sexos, a variação foi de 66,9 anos, em 1991, para 72,1 anos.¹²

Apesar dessa melhora, devemos considerar que a esperança de vida poderia ser superior em dois ou três anos se as taxas de mortes prematuras de jovens por violência fossem menores. Tal estimativa coloca o Brasil na 86ª posição no ranking da ONU, considerando 192 países, entre 2000-2005. Na América Latina e Caribe, como vem ocorrendo em outras partes do mundo, as previsões apontam que as mulheres continuarão tendo uma vantagem na esperança de vida em relação aos homens.¹³⁻¹⁵ Alguns autores apresentam tal fenômeno como a “feminização da terceira idade”, fato que repercute nas estatísticas, ao apontar que, em média, as mulheres brasileiras vivem oito anos mais que os homens.¹⁶

Promover boas condições de vida aos indivíduos que estão vivendo mais é um dos papéis das políticas públicas, que devem promover ações que contribuam para a manutenção da autonomia e valorizar as redes de suporte social. Em 1994, com a promulgação da Lei 8.842, o Brasil passou a ter uma Política Nacional do Idoso, com o intuito de assegurar os direitos sociais do idoso e sua integração e participação efetiva na sociedade. Quase uma década depois, em 2003, é elaborado o Estatuto do Idoso (Lei 10.741), considerado um avanço por ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades do idoso no Brasil.¹⁷⁻¹⁸

O Estatuto do idoso regula os direitos de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, assegurando, por lei, todas as oportunidades e facilidades para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Segundo o Estatuto¹⁷ “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.”

Quanto à abordagem da mulher, até a década de 1970, se voltava a uma visão restrita, somente biológica. Os programas e ações propostos pelo governo federal não tinham integração entre si e eram verticalizados,

resultando na fragmentação da assistência e no baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. A atenção se limitava às demandas relativas à gravidez e ao parto, traduzindo uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares.¹⁹

Em 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), houve uma ruptura conceitual com os princípios norteadores das políticas citadas anteriormente. O critério de eleição de prioridades do ciclo gravídico-puerperal foi ampliado, tornando a mulher de todas as faixas etárias sujeito de direito, com necessidades que extrapolavam a gestação e o parto, demandando ações para melhores condições em todo ciclo da vida.²⁰ Apesar dos pressupostos do PAISM, o balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002 indicava várias lacunas, incluindo a atenção ao climatério/menopausa, às queixas ginecológicas, à infertilidade e reprodução assistida, à saúde da mulher na adolescência e a mulheres portadoras de doenças crônico-degenerativas, problemas ocupacionais, mentais e doenças infecto-contagiosas.¹⁹⁻²¹

Posteriormente surgiu o Plano Nacional de Política para as Mulheres, apresentado em 2004, que adotou os princípios da humanização e da qualidade da atenção em saúde como condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e respeito aos seus direitos e na promoção do auto cuidado.²²

Assim, um dos quatro objetivos do referido Plano é ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. A preocupação com a atenção a todas as fases do ciclo vital está expressa em uma de suas prioridades: estimular a implantação, na Atenção Integral à Saúde da Mulher, de ações que atendam às necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases do ciclo vital, abrangendo as mulheres negras, índias,

presidiárias, trabalhadoras rurais e urbanas e com diferentes orientações sexuais e com deficiências físicas e/ou mentais.²²

Refletindo os pressupostos do Plano Nacional de Política para Mulheres²², a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher²³ apresenta dois objetivos específicos voltados às idosas. O primeiro é implantar e implementar a atenção à saúde no climatério, garantindo a ampliação do acesso e qualificação da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS); o segundo é promover a atenção à saúde na terceira idade, incluindo a abordagem às especificidades da atenção à saúde da mulher e o enfoque de gênero na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS. Tais objetivos pretendem contemplar mulheres em diferentes situações ou condições de saúde.

Em relação à forma de organizar o cuidado, seguindo o mesmo paradigma das políticas já citadas, em 1994, o Ministério da Saúde assume, como reorientação do modelo assistencial brasileiro, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Ao priorizar a atenção básica, não se faz uma opção econômica pelo mais barato, mas sim de assumir uma estratégia para a organização do SUS, visando superar um modelo de atenção curativista. Nesta direção, em 2003, a partir da Política Nacional de Humanização, é fortalecido o debate sobre a transversalidade do cuidado e das ações em saúde, que supõe necessariamente ultrapassar as rígidas fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações que constituem o SUS e, principalmente, o modo como tais processos se dão para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde.²⁴

Diante deste contexto, a Política Nacional de Atenção Básica²⁵ propõe que a ESF trabalhe a partir de uma nova dinâmica que busque a estruturação dos serviços de saúde, com o compromisso de prestar o cuidado universal, integral, equânime, contínuo e resolutivo à população, além de identificar os fatores de risco aos quais ela está exposta, conforme a adstrição do território,

de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais. Busca, também, o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos que devem operar como a porta de entrada da rede de atenção, devendo acolher e estabelecer a corresponsabilização.²⁶⁻²⁷

Assim, compreendemos que, para atender a população idosa, é necessário que a equipe de saúde da família conheça o lócus de inserção destas pessoas, para que possa planejar e implementar ações que vão de encontro às suas necessidades de saúde e ter o compromisso em estabelecer o vínculo. A PNAB²⁵ entende que “o vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado”.

Essas políticas apontam que a Atenção Básica deve estar voltada para o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa por meio do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas e sob a forma de trabalho em equipe dirigido às populações de territórios bem delimitados, considerando toda a peculiaridade e sua dinamicidade.²⁸

1.2 Necessidades de Saúde e Envelhecimento

As mulheres acima dos sessenta anos estão, muitas vezes, no auge da produtividade, e nem todas ficam limitadas por doenças; viver mais é importante, desde que se consiga agregar boas condições aos anos adicionais de vida. Logo, a definição usada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

de que saúde não é apenas a ausência de doença, mas uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social torna-se questionável para descrever o universo de saúde de idosos e idosas, pensando que, mesmo com a presença de doenças, é possível o completo bem-estar. Envelhecer se tornou uma conquista do século XX e se transforma, em contrapartida, num grande desafio para o século XXI. Dessa forma, a OMS reconhece três grandes desafios para a Saúde Pública, voltados à população idosa: garantia de autonomia, fortalecimento de políticas, proteção e promoção à saúde.²¹⁻²³

Para tanto, é necessário compreendermos como se dá o processo saúde-doença na vida dessas mulheres. Historicamente, passamos por momentos que marcaram o entendimento sobre os conceitos de saúde e doença. No modelo unicausal, a bacteriologia encontrava o agente causal e tratava os acometimentos da época, as doenças infecciosas. Porém, com o surgimento das doenças crônico-degenerativas no início do século XX, a teoria da unicausalidade é colocada em questão. Diante deste panorama, surge a concepção da multicausalidade do fenômeno saúde e doença que compreende o desequilíbrio da tríade - ambiente, agente e hospedeiro – e resulta em doença.²⁹

A doença sempre foi foco principal das ações em saúde que, normalmente, eram pontuais e o médico era a figura detentora do saber, que transmitia o cuidado unilateralmente. O desenvolvimento dos saberes para controle destas foi decisivo no avanço e sofisticação da biomedicina, porém, foi avaliado que tal modelo não compreendia os componentes psicológicos ou subjetivos que constituem o sujeito, ou seja. A forma positivista de entender o desenvolvimento do cuidado restringe o mesmo à passividade, imbricado nos movimentos de transmissão do saber.²⁹⁻³⁰

É presente no campo da saúde o entendimento do sujeito marcado dentro do núcleo filosófico positivista e estrutural-funcionalista, que entende o social como objeto ou fato, regido pelo biológico e químico, onde as determinações da sociedade sobre os indivíduos delimitam os papéis de cada um de nós. No campo do planejamento e avaliação, a maioria dos métodos entende como importante somente aos papéis, funções e relações técnicas,

mantendo assim controle sobre os atores envolvidos e se sobrepondo aos métodos que percebem os indivíduos enquanto construtores de uma sociedade saudável, ou seja, nos mantém dentro de uma prática autoritária de organização da saúde coletiva, verticalizando práticas em saúde e mantendo o cuidado atrelado a ações programáticas e pontuais.³¹⁻³²

Para Barros³³ “o problema central do modelo biomédico não reside em uma espécie de maldade intrínseca que o caracterizaria, mas no fato de que ele é demasiado restrito no seu poder explicativo, o que implica em óbices importantes para a prática de médicos e pacientes.”

A partir da década de 60, é retomada a noção de determinação, que compreende os modos e estilos de vida como derivados de práticas sociais e de inserção dentro do modelo de produção social, onde passamos a entender o protagonismo e as relações de troca entre os participantes do cuidado como essenciais para se ampliar a noção de saúde, ou seja, o processo saúde-doença passou a ser compreendido como produto e produtor de uma complexa rede, uma produção social composta de múltiplos fatores, que compõem a constituição do sujeito. Logo, o processo saúde-doença é polissêmico, socialmente construído e gera necessidades de saúde plurais nos sujeitos envolvidos. Saúde é um conceito em construção contínua, que se conforma a partir do grau de conhecimento disponível em cada sociedade.²⁹⁻³⁴

Na discussão sobre a constituição do sujeito, alguns autores³⁵⁻³⁷ trazem o conceito de subjetividade, que é a propriedade de ser sujeito. A noção de subjetividade é dada pelo próprio curso da sociedade e das pessoas que a constituem, dentro do contínuo movimento das redes de relação que caracterizam o desenvolvimento social. Neste movimento, se produz a noção de subjetividade que supõe a capacidade de se ver num futuro por meio de um ideal, ou seja, um ser criativo, autônomo e com a possibilidade de se inventar. Esta perspectiva abre a possibilidade de pensar um sujeito que se reinventa e se subjetiva, carregando consigo as marcas estruturantes do discurso social.

Minayo³² traz a concepção de sujeito como sujeito-coletivo-da-saúde, onde a sociedade, objetiva ou subjetivamente, define os níveis de condições de

vida que pretende alcançar. Sendo assim, a saúde vai além de limites setoriais, envolvendo relações comportamentais e políticas macro e microeconômicas e individuais, tendo em vista a construção de um sujeito epistêmico mais complexo e menos fragmentado. Precisamos de uma nova relação de poder, em que os sujeitos se considerem iguais, desmitificando relações, principalmente em se tratando de profissionais e usuários de serviços. O poder é, portanto, um aspecto chave no processo de empoderamento. Sujeito é o ser humano, um gênero concreto. O ser humano é um produto e um produtor de si mesmo e de seu contexto natural e social, sendo produto de si mesmo, da sua própria vida e do contexto de onde se vive – logo, o sistema de saúde está sob responsabilidade deste e também de todos nós, mas não somente.^{32,38-39}

Neste sentido, para Stotz, o sistema de saúde deve organizar suas práticas para responder às necessidades de saúde individuais e coletivas, uma vez que ocorrem os processos saúde–doença, conforme os perfis de reprodução social dos indivíduos que formam os diferentes grupos sociais; quanto maior for a desigualdade social, quanto mais essa desigualdade for assumida culturalmente, maiores serão as necessidades de saúde dos diferentes grupos da população. Logo, a necessidade deve ser captada na singularidade do sujeito e, para tanto, devemos considerar sua história e inserção social.⁴⁰⁻⁴¹

O conceito de saúde–doença está diretamente atrelado à construção do sujeito a partir do cuidado. No Brasil, a Constituição de 1988 contempla a saúde como direito garantido a todos pelo Estado por meio de políticas públicas, buscando a promoção, proteção e recuperação da saúde, acesso universal e igualitário aos serviços. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com a descentralização e o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e com a participação da comunidade, ou seja, um sistema em que todos participam para a construção da saúde.⁴² A partir de então, na década de 90, ocorre um retorno da discussão sobre o sujeito enquanto ator de reformas, que vai de encontro com as idéias da reforma sanitária e de um movimento

intelectual democrático, permitindo assim a representatividade de todos os envolvidos no cuidado, usuários do serviço, trabalhadores e gestores.³²

Adotando o autor acima mencionado, Cecílio e Matsumoto apresentam uma taxonomia onde as necessidades de saúde dos sujeitos são pautadas nas boas condições de vida, acesso ao consumo de tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida, criação de vínculos (a) efetivos entre usuários e equipe de saúde e graus crescentes de autonomia, que devem produzir, nos sujeitos e no coletivo, mudanças no modo de andar a vida.⁴³

Os graus crescentes de autonomia, como a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida que, conseqüentemente, teria peso efetivo no seu modo de viver. Os vínculos entre sujeitos participantes do cuidado, seja aquele que recebe ou aquele que oferta, o estabelecimento de um relação contínua em que há o encontro de subjetividades. O vínculo permite a construção de confiança, capaz de estimular o autocuidado, favorecendo a compreensão da doença, a assimilação e seguimento correto das orientações terapêuticas.⁴⁴

Quando Matsumoto⁴⁵ se refere às necessidades de boas condições de vida, afirma que “...as necessidades de boas condições de vida, incluindo o direito de melhores condições de moradia, de saneamento básico, de alimentação, de emprego e de educação para todos são obrigações básicas para que o indivíduo e coletivo almejem saúde. Para que estas possam ser vistas como respeito à vida, é necessário o trabalho de intersectorialidade como estratégia política e operacional na promoção da saúde, superando a visão biologicista, fundamentada no corpo humano e, assim, garantindo a ação integral de saúde.”

Cecílio¹ aborda o acesso aos serviços de saúde. Para tal, usa a concepção de tecnologias leve, leve-dura e dura, abordadas por Merhy⁴⁶, que as define, a partir dos modos de produção, e o entendimento de trabalho vivo e morto. O trabalho morto é entendido como a cristalização de um trabalho humano anterior, expresso em ferramentas ou matéria-prima. É resultado do trabalho vivo, que é o trabalho em si, no ato de sua produção. O trabalho vivo

em ato é o trabalho criador, e o trabalho morto já está instituído. Merhy⁴⁷ cita como exemplo “... o trabalho de um profissional da saúde, para atender à necessidade do usuário, no cuidado à hipertensão arterial. Aqui podemos dizer que pode ter duas alternativas de projeto terapêutico: 1a.) ele cuida do problema de saúde, utilizando quase exclusivamente dos exames e medicamentos, e tem um processo de trabalho centrado no ato prescritivo. Neste caso, o núcleo tecnológico do cuidado está centrado no Trabalho Morto (instrumental). 2a.) ele trabalha um projeto terapêutico mais relacional com o usuário, que mesmo utilizando do instrumental (exames e medicamentos), reconhece que aquele usuário é além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e portanto, este conjunto deve ser olhado. Aqui ele trabalha com a transferência de conhecimentos para o auto-cuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua auto-estima e assim de forma criativa o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida.”

Merhy⁴⁶ define então como tecnologias leves aquelas relacionadas às tecnologias de relações, como a construção do vínculo, do acolher, da gestão como governância no processo de trabalho. Tecnologias leve-dura são os saberes que, bem estruturados, operam o processo de trabalho, exemplo, um campo de saber, como a psicanálise ou a epidemiologia. Por sua vez, as tecnologias duras são os equipamentos tecnológicos, normas, estruturas organizacionais, que conformam o sistema de operações.

O sistema de saúde deveria estar sustentado na dialética da satisfação das necessidades expressa no ponto de vista da proteção universal da saúde sob o pressuposto do bem-estar social. As necessidades em saúde não dizem respeito somente à manutenção da saúde, mas ao desenvolvimento de um projeto em que o indivíduo progressivamente se humaniza. As necessidades em saúde não são apenas necessidades médicas ou problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades, expressos no

que é necessário para se ter saúde e que envolvem condições necessárias para ser independente.⁴⁸⁻⁴⁹

Considerando que o Brasil praticamente dobrou o nível de esperança de vida, relativamente em poucas décadas, principalmente entre as mulheres, e que novas políticas ao idoso e à saúde da mulher foram criadas para efetivar o cuidado na perspectiva do sujeito, entendemos que há possibilidades para se trabalhar ações que vão ao encontro da promoção e da proteção da saúde e não somente da sua recuperação. Dentre estas, a ESF permite a aproximação com as mulheres no sentido de ampliar e repensar o cuidado com elas, possibilitando que a equipe compreenda, entre outros significados, que aquelas que conseguirem gerir sua própria vida, determinando quando, onde e como serão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho, exercendo sua capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios serão sujeitos ativos, tornando-se mais saudáveis.¹⁻²

A sociedade, em geral, e os profissionais de saúde, em particular, não reconhecem o papel social assumido pelas mulheres pelo pressuposto de que são idosas, com limitações ligadas à idade. Diante do exposto, nos indagamos: qual a concepção da mulher acima dos 60 anos sobre o envelhecer? Qual a percepção destas mulheres em relação ao cuidado em saúde promovido nesta fase da vida?

Neste sentido, compreendemos que, para a mulher, envelhecer pode trazer sentimentos ambíguos, como a satisfação em conseguir chegar nesta fase da vida, porém, temer o que tal momento pode acarretar, como por exemplo, mudança da aparência, perda de pessoas com quem possui vínculo, entre outros. Desta forma, as diferentes concepções sobre o envelhecer podem influenciar na forma de buscar o cuidado e no que se pretende deste.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

- Analisar a concepção da mulher acima dos 60 anos sobre o processo de envelhecer.
- Analisar a percepção das mulheres acima dos 60 anos sobre o cuidado em saúde promovido pela ESF.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar como a concepção do processo de envelhecer interfere na vida das mulheres acima dos 60 anos.
- Analisar a acessibilidade às práticas de saúde na atenção à pessoa idosa, desenvolvidas pelos profissionais na percepção das mulheres acima de 60 anos.

3 APORTE METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa: a abordagem qualitativa enquanto espaço de escuta e trocas

Buscando compreender as questões envolvidas nos objetivos deste estudo, entendemos que o melhor caminho metodológico é a abordagem qualitativa. Deslandes⁵⁰ conceitua a pesquisa qualitativa como um método que busca entender um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes – respondendo ao espaço profundo das relações e fenômenos que não são passíveis de reduções às operacionalizações de variáveis.

Este tipo de abordagem propicia desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, leva à construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias. Caracterizada pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão lógica do processo em estudo. Busca o reconhecimento da subjetividade e do simbólico como partes integrantes da realidade social, traz para o interior das análises o indissociável imbricamento entre o subjetivo e o objetivo, entre atores sociais e investigadores, entre fatos e significados.⁵¹

Logo, as mulheres foram abordadas neste estudo enquanto sujeitos plurais e singulares ao mesmo tempo, trazendo sua vivência e historicidade, num ambiente de troca, onde o investigador esteve inserido a fim de ir além do escutar, mas do entender limites e possibilidades da autonomia delas e a representatividade da ESF neste processo e de outros níveis de atenção.

3.2 Local da pesquisa: apresentando o município de Marília e atenção básica

O estudo foi realizado no município de Marília, que está situado na região Centro-Oeste Paulista, a 49º 56' 46" de longitude oeste e 23º 13' 10" de latitude sul, distante da Capital do Estado 376 km em linha reta, com uma população estimada de 216.745 habitantes. Possui 5 hospitais, 1 maternidade, 34 USFs (Unidades de Saúde da Família), 12 UBSs (Unidades Básicas de

Saúde), 1 Policlínica e 2 PAs (Pronto Atendimento), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), tratamento de obesidade infantil pelo CAOIM (Centro de Atendimento à Obesidade de Marília), 1 Clínica de Fisioterapia, que funciona na antiga estação ferroviária, 1 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), 1 Clínica de Fonoaudiologia, além do atendimento do Programa Municipal de Ações Antitabágicas.⁵²

Marília segue a tendência nacional em aumento no seu contingente de pessoas acima dos 60 anos, apresentando percentil de 13,65%, sendo 11,55% a média do estado de São Paulo.⁵³ A seguir, apresentaremos a população estimada de idosos segundo área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família, respectivamente tabelas 1 e 2:

Tabela 1 – População estimada geral, de idosos e de mulheres idosas, pertencente à área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, no ano de 2012.

Unidades	População Geral	Idosos	Mulheres idosas
Cascata	14.273	2.144	1.175
Santa Antonieta	13.812	1.936	1.066
Alto Cafezal	10.824	1.537	847
Chico Mendes	10.510	1.578	869
Costa e Silva	10.010	1.405	774
Planalto	9.962	1.129	621
Nova Marília	9.917	1.040	572
Juscelino Kubischek	8.770	1.020	561
São Judas	8.214	978	541
São Miguel	8.079	1.241	686
Bandeirantes	6.668	687	379
Castelo Branco	5.339	704	391
TOTAL:	116.378	15.389	8.482

Fonte: Marília^a

^a Marília. Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Núcleo de Informações. Marília (SP): Secretaria Municipal de Saúde de; 2012.

Tabela 2 – População estimada geral, de idosos e de mulheres idosas, pertencente à área de abrangência das Unidades de Saúde da Família, no ano de 2012.

Unidades	População total	Idosos	Mulheres idosas
Aeroporto	5.234	930	532
Santa Augusta	4.603	818	468
Figueirinha	4.370	778	445
Padre Nóbrega	3.996	709	406
Vila Barros	3.954	613	352
Palmital	3.793	675	386
Parque das Nações	3.760	669	384
Parque dos Ipês	3.702	658	378
Três Lagos	3.614	640	365
Julieta	3.596	641	368
Altaneira	3.584	636	363
Cavalari	3.503	622	356
Novo Horizonte	3.473	618	355
Janio Quadros	3.340	594	341
Vila Real	3.305	589	338
Aniz Badra	3.239	577	331
Jd. Marília	3.202	570	327
Vila Nova	3.097	551	236
Teruel	2.976	527	300
Vila Hípica	2.885	515	295
Santa Antonieta II	2.876	512	293
Toffoli	2.785	496	285
Jd. Marajó	2.759	491	281
Santa Paula	2.717	483	276
Núcleo CDHU	2.605	377	216
Flamingo	2.604	460	262
Jóquei	2.523	449	257
Jd. Renata	2.521	448	256
América IV	2.143	381	218
Rosália	2.116	377	216
Lácio	1.637	292	167
Distrito de Avencas	1.050	189	109
Distrito de Dirceu	879	155	87
Santa Helena	703	124	70
Amadeu Amaral	634	112	62
TOTAL:	103.286	18.363	10.508

FONTE: Núcleo de Informações da Secretaria Municipal de Saúde de Marília, 2012.

Os dados apresentados nas Tabelas 1 e 2 são referentes a uma estimativa feita pelo Núcleo de Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Marília a partir de dados do CENSO do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE do ano de 2010.

Selecionamos uma unidade de cada região de Marília (norte, sul, leste, oeste) e uma localizada em um dos distritos do município. As unidades selecionadas foram as que apresentaram maior número de mulheres com idade igual ou acima de 60 anos. Assim, o estudo foi realizado nas Unidades: USF A (Região Leste); USF B (Região Sul); USF C (Região Norte); USF D (Região Rural) e USF E (Região Oeste). A porcentagem de idosos se assemelha nas áreas de abrangência, sendo de aproximadamente 17%, e o número de mulheres idosas é de aproximadamente 10%.

3.3 Sujeitos incluídos da pesquisa

Minayo⁵¹, em sua discussão sobre amostragem, cita que, numa abordagem qualitativa, o pesquisador deve se preocupar mais com a diversidade no processo de compreensão; seu critério não é, portanto, numérico. Uma amostra ideal deve refletir a totalidade de múltiplas dimensões do objeto de estudo. Logo, para garantir que as mulheres inseridas nesta pesquisa fossem alcançadas de forma a compreender os objetivos deste estudo, delimitamos a amostra por intencionalidade.

Consideramos como critério de inclusão: mulheres com idade igual ou acima de 60 anos, cadastradas na USF selecionada conforme exposto acima. Todas as mulheres entrevistadas estavam em condições de participar da entrevista, considerando o grau de consciência e orientação no tempo e espaço. Foram selecionadas por meio de um sorteio aleatório simples. Assim, de cada uma das Unidades em questão, participaram seis mulheres, o que soma um total de 30 mulheres participantes do estudo.

3.4 Coleta de dados

Dentre os modelos existentes, escolhemos a entrevista semiestruturada, que é um conjunto de questões previamente definidas, no contexto de uma

conversa em que o entrevistador direciona a discussão quando necessário, fazendo perguntas fora do roteiro que contribuem para a composição do contexto da entrevista, caso o sujeito saia do assunto principal.⁵¹ Visando compreender o ponto de vista dos atores sociais, sujeitos desta investigação, usamos um roteiro como forma de coleta de dados, conforme apresentado no apêndice 1. Iniciamos a entrada no campo de pesquisa com a realização do piloto do instrumento de coleta de dados, no mês de abril de 2014, pela pesquisadora e por pesquisadora convidada que foi capacitada naquele momento. As entrevistas piloto foram realizadas com dez mulheres, de idade igual ou acima dos sessenta anos, sorteadas aleatoriamente em Unidade de Saúde da Família que não foi campo de coleta de dados, onde foi avaliada a necessidade com adequação do vocabulário conforme a realidade dos sujeitos entrevistados.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2014. Para tanto, realizamos contato com as equipes de saúde por meio do médico, enfermeiro e cirurgião dentista responsáveis pelas unidades e dos agentes comunitários, que forneceram a listagem das mulheres. Em algumas visitas domiciliares contamos com a intermediação do agente comunitário da unidade de saúde. A entrevista foi realizada em visita domiciliar, onde as mulheres foram abordadas pela pesquisadora e por assistente de pesquisa. As entrevistas tiveram duração média de 25 minutos, foram realizadas em locais privados, garantindo a confidencialidade e a liberdade para se expressar.

3.5 Análise dos dados

A análise de dados foi realizada por meio da análise de conteúdo que, segundo Bardin⁵⁴, é um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa a obter a descrição do conteúdo de mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos à recepção dessas mensagens. Existem diversas abordagens de análise de conteúdo; neste estudo, seguiremos a modalidade temática. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente do texto analisado, logo, fazer uma análise temática é descobrir os núcleos de sentido.

A pré-análise foi composta por momentos. Primeiramente, realizamos leitura flutuante e, em seguida, a leitura exaustiva do material. Este processo nos permitiu identificar as categorias que compuseram a matriz de análise: condições de vida, acesso às tecnologias de saúde, significado do envelhecimento e os projetos de vida. Tal organização compõe o corpus da pesquisa. Dentro dessas categorias as falas das entrevistadas foram organizadas, reunindo o maior número de informações em unidades de registro, onde cada fragmento existiu em somente uma categoria, condizendo com as intenções iniciais do pesquisador, ou seja, respondendo às perguntas de pesquisa.

Num segundo momento, a partir da análise do conteúdo apresentado, definimos os núcleos de sentido que, ao conversarem entre si, compuseram os temas: as diferentes condições de vida e o processo de envelhecer das idosas, o acesso às tecnologias em saúde e o vínculo na percepção das mulheres, conforme demonstrado no quadro 1:

Quadro 1 – Agrupamento dos núcleos de sentido e a formação dos temas

Núcleos de Sentido	Temas
Envelhecimento como um momento de reflexão sobre a trajetória de sua vida.	As diferentes condições de vida e o processo de envelhecer das idosas
Envelhecimento causando a diminuição da capacidade funcional, porém, não comprometendo as condições de vida.	
Envelhecimento como possibilidade de continuar a realizar os afazeres domésticos, a cuidar de seus familiares, bem como a promover momentos de lazer.	
Não se preocupa com o envelhecimento	
Processo que ocorre ao longo da vida	
Envelhecimento como uma dádiva	
Busca por melhores condições de vida	
Não se preocupar com a morte	
Necessidade de se sentir produtivo/ativo/capaz	
O trabalho como necessidade em estar ativo	
A espiritualidade no desenvolvimento do modo de vida	
Envelhecimento causando a diminuição da capacidade funcional, comprometendo suas condições de vida	
Envelhecimento e perdas estéticas	
Envelhecimento determinado pelo modo de vida	
Envelhecimento associado à solidão	
Medo do envelhecimento devido à perda da autonomia	
Envelhecimento como processo natural e conflituoso	
Pensar no bem estar da família após morte	
Velhice como final da vida	
Inexistência de projeto de vida devido a luto familiar	
Utiliza o SUS	
Conhece os profissionais da ESF	
Desconhecem os profissionais da ESF	
Utiliza o SUS e serviços particulares	
Utiliza serviços particulares	
Conhecem os profissionais do serviço particular	

FONTE: Entrevistas das participantes.

Já no terceiro momento, desenvolvemos a análise e a interpretação dos dados a partir do referencial de necessidades de saúde.

3.6 Procedimentos Éticos

O Projeto desta investigação foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, parecer nº 425.799, que está ligado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, atendendo à norma 466/2012 para pesquisas realizadas com seres humanos – Apêndice 2. Também foi apreciado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Marília, parecer nº 553/13. As mulheres que, por livre e espontânea vontade participaram desta pesquisa, receberam previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma cópia com cada uma delas – Apêndice 3.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 Caracterização das mulheres entrevistadas

Como apresentado anteriormente, passamos pela feminização da terceira idade, porém, tal constatação não confere a este grupo melhores condições de vida que as levem a viver plenamente este momento. Essas mulheres que hoje estão acima dos 60 anos viveram por mais tempo as desigualdades entre os sexos, pautadas na visão de um código rígido, do próprio e impróprio para o ser mulher, onde o homem é o sujeito de direito, unilateralmente, e a mulher dispõe de funções domésticas, onde o estudo, o mercado de trabalho e as escolhas não eram possíveis.⁵⁵⁻⁵⁷

A média de idade das mulheres entrevistadas foi de 69,03 anos. A maturidade feminina era baseada no projeto de casar, constituir família e ter prole. As mulheres que permaneciam solteiras direcionavam seus cuidados aos familiares como pais, mães e outros. Importante ressaltar que as mulheres deste estudo estão, em sua maioria, inseridas em atividades domésticas e as consideram como trabalho. Tal fato é reflexo dos determinantes históricos sociais que permeiam a construção de suas histórias de vida.⁵⁸⁻⁵⁹ Assim, percebemos o acesso limitado aos estudos e ao mercado de trabalho.

Na tabela abaixo, apresentamos a escolaridade referida pelas mulheres deste estudo:

Tabela 1 – Escolaridade referida pelas mulheres participantes do estudo.

Escolaridade	n
Não estudaram	09
Ensino Fundamental	16
Ensino Médio	01
Ensino Técnico	03
Superior e Pós Graduação	01
TOTAL	30

Fonte: Entrevistas das participantes.

A média de anos estudados pelas mulheres que freqüentaram o ensino fundamental foi de 2,6 anos. Ao falar sobre os determinantes envolvidos nisto, as mulheres que não frequentaram a escola apontam como principais causas o fato de morar na zona rural e o pai não ter permitido frequentar escola, bem como aquelas que não concluíram o ensino fundamental, conforme apontado pela fala: “[...] o meu pai não deixava estudar, eu precisei chorar e chorar para poder tirar a quarta série. Foi triste porque eu queria estudar mais. Depois eu casei e aí vem os filhos e não dá mais certo.” (E11).

Já entre as mulheres que cursaram o ensino médio e técnico, o principal motivo de evasão escolar foi a necessidade em trabalhar para contribuir no custeio de contas da casa, de acordo com a fala: “[...] porque eu trabalhava e naquela época, a gente trabalhava para ajudar em casa, então tinha que escolher, ou continuava trabalhando ou continuava com o curso, aí foi difícil, então tive que parar.” (E7).

Na família, a definição de papéis dentro do núcleo é referenciada em construções histórico culturais. Tal fato limita mulheres e homens a determinados afazeres, porém, com a incorporação de novos sentidos, a questão dos papéis é revista, entendendo que o gênero não diz respeito à função da pessoa, mas sim a sua representação e participação enquanto sujeito na sociedade – mercado de trabalho, casa, política, entre outros cenários.⁵⁷⁻⁵⁹ A seguir, apresentaremos, na tabela, a composição familiar referida pelas mulheres entrevistadas:

Tabela 2 – A composição familiar referida pelas mulheres deste estudo.

Composição	n
Moram com o esposo	09
Moram com esposo, filhos e netos	08
Moram com filhos e netos	04
Moram com outros familiares	02
Moram sozinhas	07
TOTAL	30

Fonte: Entrevistas das participantes

Importante ressaltar que, entre as 30 mulheres entrevistadas, todas desempenham atividades domésticas, integral ou parcialmente, o que consideram como trabalho. *“Eu trabalho. Eu varro a casa, cozinho, lavo a roupa e passo pano na casa quando eu estou boa, porque também me dá uma dor nas cadeiras quando eu passo pano, não é fácil.” (E3).* Dentre as trinta mulheres, algumas mulheres exercem atividade remunerada como faxineira, artesã, costureira, vendedora autônoma. Sete são cuidadoras de outros familiares, entre estes, mãe, netos e bisnetos e filho com necessidades especiais.

Além do cuidado com a casa, quatro mulheres referiram exercício físico como parte da rotina. Dentre estas, uma desempenha trabalho voluntário e uma participa de laboratório de memória. *“[...] de segunda, quarta e sexta eu faço ginástica, almoço, cuidado da casa, à tarde, eu geralmente faço trabalho manual, de terça feira, trabalho voluntário. Eu sou bastante ativa. À tarde eu faço crochê, bordado, pé de aplique.” (E15).* Houve oito mulheres que referiram participar de grupo de artesanato.

Nas últimas décadas, a mulher vem conquistando espaço no mercado de trabalho, porém os homens ainda são a maioria enquanto governantes, favorecendo assumir o controle social e econômico. A decisão de entrar ou permanecer no mercado de trabalho depende somente dela, mas também da articulação das suas características pessoais e familiares. As mulheres ainda são as maiores responsáveis pelas tarefas domésticas e 65% avaliam que a qualidade de vida melhorou nos últimos 30 anos. São os sujeitos ativos da mudança nas relações de gênero, mas nem sempre têm encontrado a contrapartida da equivalência masculina na divisão do trabalho doméstico e nos espaços públicos.⁵⁹⁻⁶⁰

Em relação às atividades dos outros membros da família, encontramos que os parceiros são aposentados/pensionistas e permanecem no domicílio, e os filhos e irmãs estão inseridos no mercado de trabalho. *“Eu já fui em vários cursos aprender a fazer boneca, amarrar toalha, e pintura [...] eu sou inválida,*

mas assim mesmo eu gosto de fazer as minhas coisinhas, para não ficar com aquilo na cabeça, com dor.” (E18).

A idosa encontra dificuldade em se inserir no mercado de trabalho, e acaba dependendo exclusivamente de fontes de renda como a aposentadoria, muitas vezes arcando com as despesas de todos os membros da família com este auxílio. A aposentadoria representa muitas vezes a principal fonte de renda das famílias que possuem idosos na composição, logo, o acréscimo ou decréscimo da mesma tem impacto no rendimento familiar como um todo. Mulheres em países de alta renda vivem mais e são menos propensas a sofrer problemas de saúde e a morrer prematuramente do que aquelas dos países de baixa renda.^{55,60}

Quanto a renda familiar, metade refere que a renda da família é suficiente, sendo que destas, sete referiram que a renda supre as necessidades básicas, precisando de arranjos nas despesas e que por vezes não contempla todas as necessidades da família. *“É, controlando eu considero que está suficiente, [...] dá para a gente viver a gente controlando não vive um vida assim folgada, mas uma vida regrada, mais controlada.” (E24).*

Das quinze mulheres que referiram não ter rendimento mensal suficiente para suprir as necessidades familiares, devido a gastos com alimentação, vestuário, locação do domicílio, despesas domésticas fixas; destas dez citaram gastos com medicamentos e consultas médicas os quais são onerosos. *“Não porque eu tenho o mercado para pagar, remédio, eu ganho todos os meus remédios, mas também eu não tomo remédio de dor, porque quando eu tenho dor, tenho que comprar.” (E1).* Uma cita que a renda não é suficiente, pois não consegue arcar com o lazer conforme a vontade da família. *“[...] a grosso modo é, mas a gente acha que ganha pouco, a gente acha que depois que aposenta parece que o dinheiro vai diminuindo. A gente gostaria de ter uma folga um pouco maior assim para poder pagar mais viagens durante o ano.” (E27).*

As mulheres também falam das suas redes de apoio. Além das relações que desenvolvem dentro do núcleo familiar, também se relacionam com vizinhos, amigos – na busca por redes de solidariedade extrafamiliares.⁶ A vida

é intimamente fundamentada pelas relações que desenvolvemos que trazem as trocas de afeto, aprendizado e apoio. Essas redes se caracterizam em sua natureza íntima e emocional, que propiciam aos idosos uma diversidade de papéis. Sujeitos que não possuem um suporte social, seja ele com familiares e/ou amigos, tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse, comparados àqueles que têm.⁶¹

Sobre o vínculo, catorze das entrevistadas conhecem seus vizinhos, mas não possuem vínculo com eles; já dezesseis referem que conhecem os vizinhos e possuem vínculo, citam como vínculo situações de lazer, como festas na comunidade, e situações de necessidade como ir ao médico acompanhada ou precisar de meio de transporte para se locomover. “[...] se a gente precisa, tem amigos e vizinhos que ajudam, por exemplo, se precisa de uma condução, algum aí oferece [...]” (E9).

Dezoito referem a família como seu principal vínculo e apoio em situações difíceis. “Se precisar deles qualquer hora do dia, qualquer hora da noite, ou com chuva ou sem chuva, eles estão prontos para tirar o carro da garagem e fazer o que precisar com nós; e também conversa tudo direitinho com nós [...]” (E13). Duas referem vínculos de amizade com pessoas de fora da comunidade como amigos de outro bairro em que morou anteriormente. “Tenho, tenho até amigos assim fora [outras cidades] que vem de vez em quando visitar a gente; não muitos, mas tenho sim bons amigos.” (E7)

No Brasil, a distribuição em diferentes crenças religiosas ocorrida nas últimas décadas é associada à urbanização e modernização da sociedade, principalmente entre os mais empobrecidos. A religiosidade ocupa grande importância na vida do idoso; tal fato está ligado aos possíveis agravos de saúde que surgem nesta fase. A espiritualidade contribui dando suporte emocional frente aos mais diversos tipos de enfrentamento que o sujeito pode sofrer; práticas e crenças religiosas contribuem na velhice pelo apoio social, ou seja, na possibilidade de fortalecer laços com os demais e se tornar participante de determinado grupo dentro de sua comunidade.⁶²

Ao serem investigadas a existência e a relação com equipamentos sociais, vinte e quatro identificaram os centros religiosos como um dos equipamentos e assim apontaram a sua religiosidade. Cinco referiram frequentar uma vez por semana, oito, de duas a três vezes por semana, sete, esporadicamente e quatro não frequentam, porém tem fé. Destas, quatro referiram que não frequentam mais os seus respectivos centros religiosos pela distância, pelo horário do encontro ser noturno e ter medo de se locomover pela comunidade à noite, “[...] já falei com o padre no dia em que eu confessei que de noite eu não saio, pode ter o que for na igreja, à noite, dá sete horas já fecho a minha porta porque eu tenho medo de bandido.” (E11), e duas devido a problemas de saúde que as impossibilitam de sair de casa.

Três mulheres frequentam simultaneamente centros religiosos de diferentes vertentes, duas, o catolicismo e o espiritismo, uma, o catolicismo e a evangélica. “Eu frequentava há bastante tempo o racionalismo cristão e o kadercismo. Hoje eu estou indo aqui perto que tem uma senhora, ela agora construiu um local próprio e ela faz atendimento, mas só que é católica, é a fé católica associada ao espiritismo.” (E26)

4.2 Apresentação e discussão dos temas

4.2.1 As diferentes condições de vida e o processo de envelhecer das idosas

A análise das falas das mulheres entrevistadas foi orientada pelo referencial de necessidades de saúde, que sustenta o nosso processo de trabalho. A concepção sobre o envelhecer relatada é plural e representa a busca pelas boas condições de vida e pela autonomia. As mulheres falam que é um processo natural, que não perceberam a passagem dos anos. *“Às vezes eu nem acredito que eu já tenho essa idade, mais de sessenta. Tempo vai passando, você esquece que vai envelhecer. Mas chega o tempo que envelhece e, no mais, encaro assim normal.”* (E25). Vilela et al⁶³ constataram na fala dos idosos “satisfação, aceitação, alegria e um enorme sentimento de realização com a chegada da terceira idade.” A satisfação no envelhecer, segundo o autor, está relacionada à aceitação das mudanças que ocorrem no corpo e na personalidade, assim como os laços afetivos e os laços com familiares.

Também houve a fala de uma mulher que referiu estar satisfeita com o envelhecer; ela considera isto como uma dádiva, um privilégio. *“Para mim é uma idade boa por que viveu até aquela idade é uma benção de Deus. Eu não tenho o que me queixar.”* (E5) As mulheres estão encontrando condições para envelhecer sem sofrer o alto grau de discriminação de outrora. Estudos⁶³⁻⁶⁴ referem que a concepção do envelhecimento se dá como um processo que ocorre ao longo da vida, confirmando possibilidades de independência e ganhos, não só de perdas.

Vilela et al⁶³ citam que “parece haver sentido em conceber o envelhecimento como um percurso a ser construído ao longo de toda a vida. Uma vez que a sociedade constantemente atravessa situações de mudanças em que se faz necessário uma reorganização do elenco de arranjos que favorecem a sobrevivência física e psíquica de todos os sujeitos nela inseridos, o que acaba contribuindo também para o processo de envelhecimento. Portanto, o lugar demarcado pelas pessoas dependerá sempre de uma série

de relações de alteridade, mediante hábitos e costumes locais, regras jurídicas e sociais, valores culturais, tradições familiares e outras questões.”

O envelhecimento pode ser autônomo, mesmo com dificuldades. Uma mulher cita preferir não pensar sobre o envelhecer; segue sua vida identificando limitações físicas, realizando adaptações. *“Eu não parei para pensar, eu simplesmente estou vivendo e o tempo está passando, e eu não olho para o espelho procurando rugas, e eu amo os meus cabelinhos brancos [...] Já começa a aparecer dificuldades de movimento, aquela agilidade que a gente não tem mais [...]”* (E23) Madureira et al⁶⁴ desenvolveram pesquisa com mulheres a fim de compreender o envelhecimento na perspectiva delas. Relatam que todas as participantes disseram se sentir bem mesmo quando têm algum problema crônico de saúde.

Há mulheres que referem não pensar em morte. *“Para mim eu acho que eu estou feliz e que eu consegui chegar até aqui [...] disposta, faço tudo, lavo, passo, cozinho, cuidado de criança. Eu acho que eu sou aquela de sempre, não penso em morrer [...]”* (E24); *“[...] eu não me preocupo com a morte e nem com a doença.”* (E27) Para essas mulheres, o envelhecer faz parte da vida, como já discutido anteriormente, as preocupações não existem, pois o presente é vivido plenamente.

A constituição da identidade do sujeito é um processo social, pois o conhecimento de uma pessoa se dá no reconhecimento dos indivíduos que compõem a sociedade e dos papéis assumidos por cada um neste contexto. Logo, passamos por diversos momentos na vida que podem ou não nos levar à emancipação, neste sentido. Há mulheres que vivem, no envelhecer, momentos de reflexão sobre o quanto a falta de acesso a serviços de consumo como a educação, em determinados momentos, influenciaram no seu momento de vida atual.⁶⁵

Citam não sentir o envelhecimento mudar a personalidade, mas que a reflexão sobre o passado e sua trajetória de vida trouxeram arrependimentos como, por exemplo, não ter estudado mais. *“[...] eu acho que envelhecer é sentir o tempo passar, às vezes você olha algumas coisas que deveria ter feito*

e não fez, então você olha e fala 'nossa se eu voltasse no tempo eu faria diferente', a gente quando tem mais ou menos entre vinte anos não se importa muito com estudar, se especializar em alguma coisa [...]" (E7).

Já outra refere que a velhice lhe proporciona o convívio com seus familiares, porém, a diminuição da capacidade funcional lhe traz a dependência de terceiros. *"[...] A velhice deve ser aquelas pessoas que vivem "encucando" aqui e eu não me preocupo e eu me sinto até bem, porque eu falo assim: 'eu sou mãe de sete filhos, tive 16 netos! Graças a Deus eu vejo tanta coisa assim se passando por luto e muita dificuldade, sofrimento, e trabalhei muito nessa vida. Se não fosse esse problema na perna, nossa!' O que eu fazia e que não dá para fazer mais hoje em dia é andar [...]" (E21)*

Freitas et al⁷ observaram que as pessoas idosas precisam acreditar nelas mesmas e possuir resiliência para que possam se adaptar às perdas e, ao mesmo tempo, descobrir novos interesses e oportunidades de continuar aprendendo e experimentando situações novas. Para algumas, o envelhecimento causa a diminuição da capacidade funcional, porém não compromete as condições de vida. Citam que, apesar das dificuldades, são felizes e buscaram se adaptar ao seu novo modo de viver. *"Olha para mim assim, é uma parte normal da vida [...] eu tenho vontade de fazer algumas coisas durante o dia, trabalhar o dia inteiro, fazer uma coisa e outra, e aí eu já não aguento mais, e chega uma hora que eu canso e, mesmo que eu não queira, eu sou obrigada a descansar." (E15)*

Para Araujo et al⁶¹, a família surge como o primeiro núcleo socializador do sujeito e rede de apoio que o idoso tem, onde ele encontra o suporte necessário para as dificuldades que a vida pode impor. Continua sendo um local de extrema importância para nutrir afetos e proteção aos idosos. No estudo realizado pelos autores, em que foram entrevistados idosos e suas relações familiares e vínculos na comunidade, constataram que o envelhecimento é visto como algo desejado, desde que o sujeito seja participante, esteja integrado, tenha autonomia e independência nas suas

relações com os demais. Logo, laços familiares e de amizade fortalecem o envelhecer.

As relações familiares estão intrinsecamente relacionadas às necessidades de saúde, pois podem contribuir ou não para que o sujeito tenha boas condições de vida e autonomia. Como já dito, o envelhecimento é singular, logo, há o relato de mulheres que gostam do convívio familiar, porém, traçam planos de mudar para uma casa com menos cômodos, pois não querem familiares morando junto a ela e querem ter condições de manter a casa asseada. “[...] *futuramente é vender esta casa aqui, que eu tenho muitos parentes querendo morar comigo. Arrumar um cantinho bem gostoso, aconchegante, que eu tenho menos serviço para fazer, a casa menor para mim limpar.*” (E26). Para várias mulheres, o convívio com seus familiares é um projeto futuro. Uma mulher refere que, para tanto, necessita melhorar sua condição de saúde. “*Meu projeto é ir na casa da filha lá em Campinas. Não vou porque eu quero melhora bem, pra mim ir [...]*” (E12)

Merigui et al⁶⁶ também encontraram que a idosa, seja ela dependente de cuidados ou não, encontra na família fundamental apoio, uma vez que neste núcleo surge um sentido de valorização da vida. Para algumas mulheres, este momento da vida também possibilita o cuidado de seus familiares, momentos de lazer e não as impede de realizar seus afazeres domésticos. Referiram ter conhecimento em estar na terceira idade, mas se consideram jovens; associam boas condições de vida a momentos de lazer como dançar, viajar, conviver com amigos, cuidar dos netos, fazer atividade física. Associam o envelhecimento com ter saúde ou fazer atividades que lhe dão prazer, como comer o que quiser, conviver com seus familiares. “*Eu me sinto muito bem na terceira idade. Já com 63 anos e só que eu não me considero uma pessoa velha (risos), me considero jovem com todos estes problemas que eu tenho! Olha que eu saio com meu marido, nós dança [...]*” (E8).

Merigui et al⁶⁶ entrevistaram sujeitos em estudo que buscou compreender as vivências da mulher idosa. Constaram que as mulheres querem ser autônomas nas atividades diárias e em atividades sociais. A

liberdade que foi conquistada, tanto financeira quanto de vínculos formados na atribuição de papéis de mãe e esposa, é fator crucial para a velhice autônoma. Goldenberg⁶⁷, que também delineou pesquisa com mulheres idosas, aponta, em seus achados, que muitas brasileiras percebem o envelhecimento como uma redescoberta, em que podem “se livrar” das obrigações sociais e ter espaço para conversar com as amigas, ter tempo para si mesma.

A mulher idosa assume uma postura discreta, pois vive numa sociedade que busca juventude, onde o envelhecer não encontra espaço. Devido ao julgamento social, deixam de concretizar planos ou satisfazer desejos. Algumas buscam romper as barreiras e entrar no universo até então masculino, inserindo-se nos estudos e no mercado de trabalho, mas a maioria se dedica a tarefas de mãe e esposa, no trabalho doméstico; em geral, a sexualidade passa reprimida e a ser investida em fins socialmente compatíveis com o universo tradicionalmente feminino.⁵⁹

As mulheres deste estudo sentem a necessidade de ser produtivas e capazes. O trabalho remunerado apareceu nos projetos. As atividades mencionadas foram como doméstica, costureira e artesã. Uma referiu que o trabalho a preenche, como algo satisfatório, porém, não está inserida no mercado devido à necessidade de cuidar dos netos. *“Sabe, qualquer coisa assim que preencha o tempo é bom. A gente precisa trabalhar, e também faz bem, [...] eu já cuidei de idosos, trabalhei em oficina de costura, fiz faxina, eu gosto de trabalhar, sair de manhã; aí parece que você volta com outra cabeça.”* (E7)

Existe o desejo em trabalhar com a finalidade de possuir renda, porém, uma explícita que limitações físicas a impedem. *“Eu gostaria de estar trabalhando, de estar ganhando o meu dinheiro, de estar podendo ajudar, mas infelizmente a força já não ajuda a saúde não permitiu.”* (E21) Madureira et al⁶⁴ apontam a existência de um descompasso entre o envelhecimento do corpo e o da mente, pois, enquanto a mulher idosa refere diminuição na disposição, no vigor e na agilidade física, isso não acontece com a mente. Tais diferenças devem ser compreendidas pelos profissionais de saúde. Apoiar o sujeito a

encontrar caminhos, independentemente de limitações que o corpo biológico venha a possuir, é construir/fortalecer a autonomia do sujeito.

Reconhecemos na fala das mulheres entrevistadas a busca por melhores condições de vida. Referem o lazer como fato importante em projetos de viagens, visitar seus familiares que moram em outras cidades. *“Os meus planos é conhecer a Índia que eu não fui, viajar pelo Brasil, aceitar todos os programas que me convidam (risos), quem não gosta? E levar uma vida bem tranqüila [...]” (E27)*

Cuidar da saúde faz parte dos planos das mulheres. Estas se preocupam com o ganho e perda de peso e a aparência. Há mulheres que possuem projeto de viver sem dores provocadas por doenças crônicas. Por outro lado, há mulheres que desejam cuidar de suas casas, fazer reformas, ampliações para ter mais conforto na rotina. *“Tenho bastante projeto de vida para realizar, terminar a minha casa [...] a gente ter mais as coisas e a gente andar mais bem arrumado, tudo isso. Terminar a casa é a gente ficar livre um pouco das dores que a gente sente.” (E20)*. Entendemos que melhorar o lugar onde vive reflete nas boas condições de vida. Outro fato que as falas nos oportunizaram entender é que o envelhecer, dentro da singularidade do sujeito, abre espaço para diferentes percepções sobre o processo saúde-doença. Há mulheres que estão preocupadas em determinado momento com a prevenção de agravos, outras, com a diminuição de sintomas que doenças trouxeram.⁶⁸

Alguns idosos são mais receptivos a novas experiências e percebem a velhice como um estágio de vida mais amplo e profundo. Outros já continuam rígidos quanto ao modo de ver a vida e identificar a velhice. Entre as mulheres, encontramos falas de projetos que buscam a autonomia. Buscam viver a velhice não como uma fase de perdas, mas sim de construção, independência e felicidade. Aprender a ler e escrever para conseguir se locomover sozinha, viajar são planos: *“Estudar, a filha da minha vizinha vai me ensinar a ler, escrever, [...] estudo faz falta pra gente, você quer viajar sozinho você não pode porque não conhece nada, não posso tomar ônibus sozinha.” [...] (E8)* O ato de aprender na velhice é uma forma de manter a mente ativa, possibilitando

adaptação às mudanças, a convivência em sociedade, em família e consigo mesmo.^{7,64}

Freitas et al⁷ também encontraram a associação entre a velhice saudável e a religião, onde a velhice é uma dádiva de Deus. O envelhecer pode ser um momento reflexivo e a religiosidade pode contribuir para desenvolver a autonomia. O envelhecer também é um momento de desenvolver a espiritualidade; uma mulher quer desenvolver sua espiritualidade, pois acredita em sua reencarnação. *“Eu acho assim eu acho não, eu tenho certeza, que tudo que você faz nesta vida, que você aprende, nada é inútil. Você vai levar o teu conhecimento para outra vida posterior [...]”* (E26)

Há falas de mulheres que aceitam o envelhecer por não apresentarem doenças e valorizam seus laços afetivos. *“[...] Eu gosto da minha vida, porque ficar doente Deus o livre! Melhor não ter nada o que fazer do que ser uma pessoa acamada, doente, uma pessoa triste.”* (E9). O envelhecer pode ser bem aceito quando a vida foi intensa em experiência e emocionalmente rica. Talvez, a perda da juventude e da beleza se tornaria menos dolorosa quando novos valores são colocados em seus lugares. No entanto, pensar que na velhice acontecem mais perdas do que ganhos não significa dizer que a velhice é sinônimo de doença, tampouco que as pessoas ficam impedidas de se envolver com outras atividades ou de conviver com pessoas que amam.⁷

Também houve falas de quem relata não temer o envelhecer, porém, isso lhe traz mudanças no corpo e na mente. Falam da importância em manter a aparência, pois esta condição atrai a atenção das pessoas, particularmente do parceiro. *“E por isso que eu não fujo da velhice, é uma fase da minha vida, que posso dar uma mãozinha e tal [...] mas é, o peso dos anos é grande, principalmente nas mulheres que são mais vaidosas, uma mais que as outras, e são muito vaidosas, tanto que eu encaro com naturalidade, tanto que eu já fiz plástica [...]”* (E27) As mulheres procuram mais os tratamentos cosméticos e tendem a sofrer mais a perda estética por terem vivido sob a avaliação da sociedade que a vê pela sua aparência e capacidade reprodutiva. A mulher,

enquanto envelhece, sente a perda estética muito mais profundamente que o homem sofre e se isola frente a isso.⁶⁹

As mulheres entrevistadas concebem o envelhecer de diversas formas, visto que possuem condições de vida distintas e isso pode levar ou não ao aproveitamento pleno deste momento da vida. A seguir, apresentamos as falas das mulheres que encontraram na velhice perdas significativas, tais como a viuvez, a morte dos amigos e parentes, o surgimento das doenças crônico-degenerativas, a ausência de papéis sociais, o isolamento e as dificuldades financeiras. Estas perdas podem afetar a autoestima das idosas, determinando o surgimento de situações de crise. Podem, ainda, enfrentar estas perdas com coragem ou podem se sentir incapacitadas ou frágeis, tornando-se necessária a intervenção de profissionais.⁷⁰

Santos⁶⁸ delineou pesquisa com 47 sujeitos, em Porto Alegre/RS, onde questionou, em grupos, o significado do envelhecimento e encontrou que 25% dos participantes associavam o envelhecer ao surgimento de doenças. Tal fato também ocorre entre as entrevistadas neste estudo. Várias associam o envelhecer às doenças crônicas e/ou ao uso de vários medicamentos, doenças que acarretam dores e, principalmente, por causar dependência de terceiros e as impedirem de realizar suas atividades plenamente, trazendo diminuição da capacidade funcional, comprometendo suas condições de vida. “[...] *eu gostaria de eu fazer as minhas coisas, de eu andar, de eu movimentar sozinha, mas o peso da idade não está deixando mais. Eu gostava de sair, ir nos forrós, passear e agora não dá mais.*” (E14)

A perda da vitalidade, tanto física quanto emocional, também aparece nas falas com frequência, relacionada à dificuldade em realizar atividades diárias básicas. “*Seria bom que a gente não envelhecesse, mas fazer o quê. A gente vai sentindo mais cansada, com mais dificuldade para trabalhar, andar e você já caminha um pouco e já sente a diferença, cansada.*” (E22). Santos⁶⁸ refere que o conceito de doença pode ser concebido pelos idosos como: “Se a doença ocorre durante o envelhecimento, então a culpa desse “erro” poderá ser decorrente do próprio idoso ou da sociedade que não lhe propiciou melhores condições de qualidade durante a vida. O questionamento da

associação realizada entre a velhice e a doença é algo que os idosos precisam explicitar em suas discussões para que não se criem idéias preconcebidas do significado social do envelhecer. A doença não ocorre durante o envelhecimento como um castigo. É um fato natural do ser humano que poderá em algum momento de sua existência, ou seja, na infância, na vida adulta ou na velhice, ocorrer e, possivelmente, levar o indivíduo à morte.”

Percebem o envelhecimento como um processo natural da vida, mas que traz dificuldades para viver devido à presença de doenças crônicas. *“É, eu acho que todo mundo tem que envelhecer e a gente tem que enfrentar de cara, porque a minha época já foi, eu só queria ter saúde, que é o que eu não tenho.”* (E1) Sentem falta da juventude pela saúde que tinham ou pela independência para se locomover. *“A gente tem vontade de voltar o tempo pra trás, mas não pode. Era tão bom quando a gente era mais nova, agora tem que se conformar com a vida que vai indo [...]”* (E9)

Fernandes e Garcia⁷¹ apreenderam da fala das mulheres as transformações negativas da velhice sobre o corpo, as lembranças que elas possuem do corpo jovem e a satisfação com o corpo atual. Ao mesmo tempo em que algumas conseguem fazer a ressignificação deste momento, possível graças à aceitação da mudança da imagem e das funções corporais, outras já enfrentam o envelhecimento do “corpo biológico”, como perda irrecuperável. No presente estudo, algumas mulheres referiram associar o envelhecimento à estética, ao surgimento de rugas, à descoloração dos cabelos. *“[...] Pelo rosto da gente que começa a enrugar, emagrecer, e tem isso, desconfia que está ficando mais velhinha.”* (E2). Neste caso, as mulheres sentem o envelhecer do corpo como um sinal de mudanças.

Paiva⁶⁵ aponta que os sentidos do envelhecer podem ser ambíguos em toda a existência, nos progressos e retrocessos que se fizeram presentes nos fatos que as mulheres idosas relataram. Pôde observar o discurso social “impregnado com sua ideologia de endeusamento da juventude, da beleza e da produtividade que afetam as idosas”. Tal fato também ocorre no presente estudo, onde podemos nos aproximar das diversas perspectivas sobre

envelhecer. Associam o envelhecimento ao modo de viver, ou seja, uma pessoa que se preocupa com os problemas de seus familiares tende à fragilidade, ao aparecimento de doenças e de rugas de forma mais rápida do que uma pessoa tranquila. *“Eu acho que é muita preocupação. Porque você esquento muito a cabeça. Eu tenho uma irmã que ela é tranquila, é a mais velha da família e você não vê uma ruga no rosto dela, ela não se esquento com nada. As rugas começam e a gente já não é mais aquela pessoa com aquela disposição, você vai ficando frágil, doente [...].”* (E4)

Como já citado, o núcleo familiar é essencial ao desenvolvimento das boas condições de vida. Quando há abandono familiar, a idosa se torna vulnerável, o que provoca o sentimento de solidão por não ter afeto e/ou apoio de pessoas que considera significativas. O idoso convive com a ausência do apoio familiar, pois o núcleo pode conviver dificuldades financeiras ou de assumir o cuidado envolvido no processo de envelhecimento.⁷² Uma mulher citou ter medo do envelhecimento, pois o associa à solidão. *“Às vezes, eu fico sozinha. É tão ruim, eu até desligo o oxigênio porque eu não gosto de ficar sozinha. Eu tenho medo de acontecer alguma coisa, e a gente sozinha não sabe fazer nada [...]”* (E12)

Houve mulheres que citaram o receio de condições que consideram como parte do envelhecer, como o adoecimento, a solidão, a dependência de terceiros. *“Eu queria ser assim, morrer sem dar trabalho. Eu acho horrível ficar dependendo dos outros como aquela senhora que estava aqui com aquela sonda e tem que se alimentar e os outros tem que carregar na cadeira de rodas. E eu falo: ‘eu não quero me ver assim, eu quero morrer de uma vez!’ ”* (E24) Em todas as fases da vida, na verdade, encontramos limites, ganhos e perdas, porém, é importante o enfrentamento deste momento para melhor compreender e aceitar a própria natureza humana.⁷³ Menezes et al⁶⁹ constataram, em pesquisa que conduziram sobre o envelhecer e a percepção sobre o corpo com idosos de ambos os gêneros, que as mulheres tem percepção aguçada sobre o envelhecimento. Aponta como possível causa, o que considera como “desvantagens femininas”, que as levam a envelhecer em piores condições, principalmente a perda em aspectos físicos.

Os idosos não precisam ser resgatados ou recuperados, mas ter condições de desenvolver sua cidadania, reforçando e ampliando-a constantemente. O ato de exercer sua autonomia, seus direitos e deveres perante a sociedade refletem diretamente no acesso que o sujeito tem às boas condições de vida. A sociedade precisa mudar sua conduta em relação à velhice, pois somente assim os indivíduos que conseguem envelhecer são capacitados para conduzir mobilizações que garantam o espaço social dos idosos.⁷³

Houve mulheres que disseram não ter planos para o futuro. A maioria não explica a razão; uma refere que realizou todos os seus desejos quando era jovem, uma referiu que seu projeto era o futuro dos filhos, projeto este concluído. *“Não tenho, o que queria fiz quando era mais nova.” (E28)* Também trazem seus projetos de vida associados à morte; uma deseja que seus bens sejam divididos em vida para não ocasionar conflitos entre os filhos, outra entrevistada tem como plano pagar seu funeral e enterro para não deixar despesas para a família.

As mulheres que vivem sem o companheiro são vulneráveis à pobreza e ao isolamento social, o que se deve à discriminação no acesso à educação, salário, alimentação, trabalho significativo, assistência à saúde, medidas de seguro social e poder político. Gastos com saúde também agravam a situação. Apesar de a aposentadoria representar uma garantia de direitos e de inclusão social, o valor recebido nem sempre compreende a totalidade dos gastos, principalmente dos idosos domiciliados e/ou dependentes de cuidados. 70% dos aposentados e pensionistas do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) recebem um salário mínimo por mês.⁷⁴

Dentre as que abordam o fato de não ter planos, uma citou preocupação com a saúde de seus familiares, pois neste momento existe uma filha com diagnóstico de neoplasia maligna, e uma referiu que não possui, pois seu esposo faleceu recentemente. *“Não tenho projetos de vida. Meu marido morreu esses tempos atrás, seis meses é recente e eu não sei.” (E17)*. A mulher idosa pode apresentar dificuldades em viver o luto e as perdas quando possui uma rede social menor. As perdas quando são vividas na solidão podem ser mais

dolorosas; também encontram dificuldades em falar sobre as perdas, pois o medo da morte presente na sociedade atual fecha os canais de discussão sobre o assunto.⁷⁵

4.2.2 O acesso às tecnologias em saúde e o vínculo na percepção das mulheres

Visto o momento de transição epidemiológica, os serviços de saúde vêm enfrentando um novo desafio: o cuidado à pessoa idosa e seu núcleo social. Na perspectiva da integralidade, os profissionais devem admitir que o cuidado vai além do clínico e biológico e deve articular a demanda do sujeito sob diversas perspectivas. Desta forma, os serviços de saúde devem estar preparados para lidar com as necessidades e para compreender e produzir significados sobre sua natureza na interseção dos sujeitos implicados – nos momentos de produção e do consumo da saúde, promovendo a sua autonomia. Assim, saber escutar o que o usuário tem a dizer, compreender e significar as necessidades é fundamental nas práticas de saúde.

As ações de acolhimento devem fazer parte do processo de trabalho da ESF e são essenciais para a construção de um vínculo entre o profissional de saúde e o usuário/família. Para haver vínculo, é indispensável que haja empatia e respeito. O vínculo permite a construção de confiança, capaz de estimular o autocuidado, favorecendo a compreensão da doença para que o sujeito possa entender e dar seguimento correto às orientações terapêuticas pelos usuários e também para que possa promover e proteger a sua saúde.⁷⁶ O acolhimento é entendido como uma tecnologia leve, ou tecnologia das relações, que possibilita o exercício de novas práticas de saúde, em que é possível trabalhar a solidariedade e a cidadania.⁷⁷

Merhy⁴⁷ aponta o avanço que as tecnologias leves conformam para as relações entre os profissionais de saúde e os usuários, pois a mesma “... reconhece que aquele usuário é além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e, portanto, este conjunto deve ser olhado. Aqui ele trabalha com a transferência de conhecimentos para o

auto-cuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua auto-estima e assim de forma criativa o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida.”

A maior parte das entrevistadas refere satisfação com o atendimento que recebem na USF. *“Eu vou para pegar os meus remédios, agora se nós precisa dele e qualquer hora, eles são muito bom [...]” (E13)*. Os motivos que as levam a procurar a USF são a realização de consulta de enfermagem, a prevenção do câncer de mama e colo do útero, consulta odontológica para prevenção do câncer de boca, coleta de exames complementares, acolhimento devido às intercorrências clínicas, consultas agendadas para os diferentes profissionais, aferição de sinais vitais/controle de glicemia capilar, atualização do calendário vacinal, aquisição de medicamentos de uso contínuo e/ou outros para eventuais intercorrências. *“Eles fazem o exame depois a gente vai saber o resultado. Agora mesmo tem que esperar o pedido de mamografia que tem que fazer todo ano” (E9)*.

A forma de estruturação dos serviços de saúde dificulta que os usuários contemplem suas necessidades de saúde, ou seja, comparecem às unidades de saúde solicitando procedimentos, exames complementares, pois são ações como estas que sempre ofertaram. Assim, quando as mulheres referem satisfação com as unidades de saúde, há necessidade de refletir se esta está fundamentada/direcionada em demandas oferecidas tradicionalmente pelos serviços ou nas necessidades sociais de saúde.

Franco⁷⁸ aponta que o processo de trabalho, quando fragmentado, desconhece a subjetividade e os determinantes do processo saúde-doença dos sujeitos. Nesta lógica, os trabalhadores associam a qualidade do serviço ao seu potencial em exames, medicamentos e consultas especializadas. Em consonância com a afirmação do autor, encontramos o reflexo das ações e atitudes destes trabalhadores na fala das mulheres participantes deste estudo, que entendem que o local de atendimento ideal é aquele que conta com médicos especialistas e centralizam seu cuidado nos serviços ambulatoriais e hospitalares.

Há, nas falas, aquelas que preferem frequentar o ambulatório de especialidades, usando a USF somente quando sentem dores. “[...] vou uma vez por mês para pegar remédio e, se eu estou precisando passar no médico com urgência, às vezes. Eu passo mais nos outros médicos lá do Mario Covas [...]” (E21) Uma fala da falta constante de médicos na USF. “[...] se eu estiver sentindo dor para ir aqui ao posto, e aí o médico vai estar dando o remédio e tal, mas, se não tem médico, como eu vou aí?” (E18) Portanto, quando o sujeito não encontra oportunidades para discutir sua subjetividade, sua autonomia sobre seu estado de saúde e, após o adoecimento, fortalecem relações com as especialidades, não pelo vínculo, mas por entenderem que sem as tecnologias duras não podem fazer a manutenção do seu estado.

Mesmo transitando no espaço dos serviços ambulatoriais, não fica garantido que as tecnologias leves estejam sendo utilizadas durante o atendimento. Merhy⁷⁹ aponta que, “voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.”

Há mulheres que preferem usar os serviços de pronto atendimento e serviços privados, pois os buscam somente quando adoecem. “Fui no P.A. assim com uns enjoões, um pouco de dor de cabeça, depois acabei indo num médico particular [...] eu tomei uns remédios, melhorei, fiquei de voltar para fazer algum exame, mas até agora não voltei, porque melhorou [...]” (E7)

Schimith e Lima⁸⁰ apontam que apenas a menção da sigla ESF não significa que vá existir uma mudança de paradigma, em que o modelo de vigilância à saúde, base desta estratégia, vá além no território delimitado e na população adstrita. A atenção básica convive até hoje com modelos alternativos, como o existente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são tradicionais, sem foco na família, nem sempre exercendo a territorialização, contemplando o trabalho médico organizado pelas três especialidades básicas

da medicina: clínica geral, pediatria e ginecologia e obstetrícia. É estimado que haja entre 20% a 40% de unidades tradicionais no país.²⁷

Visto a dicotomia entre os modelos existentes e a visão de que a ESF é somente uma porta de entrada para outros serviços, o baixo valor simbólico que a ESF representa para os gestores e para a população repercutem no subfinanciamento, na carência de infraestrutura adequada e de equipes multiprofissionais. Além disso, apontamos a dificuldade no acesso a exames complementares e a fragilidade do controle social. Os profissionais da ESF nem sempre são reconhecidos por seus pares com o mesmo valor que se reconhecem os especialistas, o que leva à fragilidade nos processos, que reflete no cuidado.²⁷

Há falas daquelas que preferem o modelo tradicional, a UBS. Uma delas mora na área de abrangência da ESF, o marido acompanha na ESF, porém, manteve seu prontuário em outra unidade que conta com especialista, no caso, cardiologista, pois faz acompanhamento com ele e na ESF não encontra o especialista. *“É tudo pela UBS, porque o meu prontuário é de lá. Eu tenho isquemia e o colesterol muito alto, então eu tenho que fazer acompanhamento muito sério [...] eu faço acompanhamento de cardiologia de quatro em quatro meses, preciso fazer os exames e pego remédio de alto custo [...]”* (E15)

Van Stralen et al⁸¹, em estudo sobre a percepção dos usuários e profissionais em relação à atenção básica, constataram diferenças importantes, onde os profissionais fazem uma avaliação melhor de todas as dimensões pesquisadas sobre os serviços quando comparadas à perspectiva dos usuários. Também constatou que a ESF, quando comparada à de modelos tradicionais, não é melhor. Tal fato sugere que a ESF ainda é demasiadamente tímida quanto à antecipação de mudanças, pois aposta muito em objetivos amplos e pouco coloca em questão as relações de trabalho dentro das equipes, condicionadas por longos anos de formação em direções não compatíveis com as propostas e pela forte presença da tecnológica biomédica.

Os serviços de saúde ainda não estão organizados como espaços de proteção e promoção da saúde, mas somente para a recuperação em

situações de agravos, o que leva as mulheres a buscarem os serviços somente em situações de doença e dor. Visto isso, uma referiu ir raramente, pois não fica doente. *“Não vou. Eu não fico doente, então é muito difícil.”* (E5) Uma prefere ir diretamente ao serviço de pronto atendimento, pois na ESF o atendimento demora, há poucos profissionais médicos e não atendem urgência. *“[...] eu frequento mais o Santa Antonieta, o P.A., porque aqui tem um médico só e ele quase não atende, lá é tipo um pronto socorro.”* (E22). A atenção básica no atual modelo vigente não se conforma enquanto espaço para recuperação da saúde. Uma gosta do atendimento, porém se queixa da falta de especialistas como o ginecologista e o pediatra. *“Aqui tinha que ter um ginecologista, tinha que ter um pediatra. Agora, aumentar essas duas salas enormes, porque se não tem médico [...].”* (E1)

Também há mulheres que frequentam tanto a ESF quanto seus convênios e/ou profissionais do setor privado. Há idosas que referem possuir plano de saúde para ter acesso ao atendimento de especialistas e exames complementares e utilizam a ESF para ter acesso a medicamentos, fazer controle pressórico e glicêmico ou enquanto aguardam a carência do plano de saúde. *“[...] eu vou, às vezes eles mandam algum remédio, porque as meninas aqui é uma belezinha pra mim.”* (E12) *“Eu já fui, não muitas vezes, mais para tomar vacina, porque como eu tenho convênio do meu marido e graças a Deus tenho saúde e não preciso ficar indo.”* (E25)

Na perspectiva biomédica, a medicalização social transforma sofrimentos, dores envolvidas nas vivências do sujeito, em necessidades médicas passíveis de tratamento medicamentoso. A medicalização corrobora no fortalecimento das tecnologias duras, desvalorizando a abordagem do modo de andar a vida, dos fatores subjetivos sociais relacionados ao processo saúde-doença. A ESF, enquanto modelo de reorganização, se contrapõe à valorização da medicalização, porém se manteve, em sua implantação, subsidiada por ações programáticas e sem apoio aos profissionais envolvidos. Logo, a perpetuação da atenção curativista se manteve durante anos.⁸²

Algumas conhecem a localização da unidade e foram eventualmente para receber vacinas ou acompanhar um familiar e usam somente seus convênios privados. Dentre estas, uma refere que não vai à ESF, pois precisou levar a mãe que não residia na área e não foram atendidas. “[...] *Eles falaram que como a minha mãe só tomava remédio de fora, de um médico particular, então não ia atender, se não ia misturar remédios. Até falaram que a minha mãe não morava aqui na minha casa, e minha mãe morava na minha casa sim! Acontece que a minha mãe gostava muito de ficar na casa da minha irmã [...].*” (E27)

Em estudo realizado com profissionais da saúde, foi identificado que os trabalhadores banalizam as demandas desses sujeitos, enfatizando que são carentes de atenção, diminuindo sua importância. É um grande desafio para as políticas públicas destacar a importância social do envelhecimento, o que provavelmente facilitaria a inclusão de conteúdos de interesse na formação dos profissionais de saúde.⁸³

Garuzi et al⁴⁴ apontam que o acolhimento pode ser compreendido sob duas visões: enquanto movimento de reorganização das práticas em saúde, entendendo o atendimento da demanda espontânea, e também na sua dimensão relacional. Acolher possibilita a promoção do vínculo entre profissionais e usuários, proporcionando o estímulo ao autocuidado e a corresponsabilização das ações em saúde.

Damaceno⁸⁴ realizou pesquisa de cunho qualitativo no município de Marília, em 2013, onde constatou dificuldades no processo de implementação das ações voltadas à população idosa. Segundo a autora, os profissionais e gestores envolvidos no cuidado possuem diversas concepções sobre o envelhecer, voltadas para o aspecto biológico, ambiental, cronológico, legal, financeiro, e isso interfere diretamente no cuidado prestado, pois prejudica ações que buscam a integralidade. Também desconhecem o perfil demográfico da população idosa do município, o que constitui uma apropriação inadequada no desenvolvimento do trabalho, onde o profissional mantém a prática centrada

no modelo biomédico; cita, como exemplo, a abordagem do idoso somente pela sua doença.

Paim⁴⁹ afirma que para trabalharmos na saúde coletiva, precisamos nos pautar na epidemiologia comprometida com o movimento sanitário e seus compromissos democráticos. Desta forma, a epidemiologia pode “garantir o conhecimento do processo saúde-doença na realidade complexa e concreta” buscando interagir com diferentes disciplinas e profissionais e, assim, reduzir o sofrimento humano causado pelas iniquidades sociais. Neste sentido, identificamos na pesquisa que as mulheres atendidas nas ESFs investigadas desconhecem a composição da equipe que trabalha no local, o que aponta a distância que ainda existe entre o serviço de saúde e a comunidade. A comunidade reconhece o médico, o que é esperado no modelo biomédico, onde ele é o centro do trabalho, quem possui o poder de prescrever e medicar, conforme o que é imposto na perspectiva Taylorista.⁸⁵

As mulheres conhecem a existência do profissional médico na equipe, porém, nem todas identificam quem é esse profissional. Algumas mulheres conhecem a equipe de enfermagem; nenhuma delas diferencia enfermeiro e auxiliares de enfermagem. “[...] como chama as enfermeiras? a V. não está mais aí, a A., a M., elas são da enfermagem. Ah elas são legais, elas são boas.” (E21). Uma referiu que conhece a equipe de enfermagem, pois nem sempre o médico está presente na unidade. Então, são esses profissionais que a atendem. “[...] às vezes tem médico, às vezes não tem, a gente passa pela enfermeira mesmo, porque não tem médico ali direto [...]” (E9).

Poucas mulheres reconhecem o dentista como parte da equipe. Algumas identificam uma das atividades do agente comunitário, qual seja, a visita domiciliar, porém não consegue nomear esta categoria profissional. “Para mim é tudo ótimo, vem aqui na minha casa olham o quintal [...]” (Entrevistada1). “[...] tem as meninas mesmo que trabalha lá, é que às vezes ela vem entregar consulta, a R. [...]” (E16)

Quando questionadas sobre o uso de serviços ambulatoriais e hospitalares, referem ter ido em algum momento ou fazem uso regular destes. Referiram que conheceram a equipe médica, a equipe de enfermagem. Uma

cita o nutricionista destes serviços. Uma mulher citou insatisfação em relação ao atendimento ambulatorial do SUS, pois não foi agendado seu retorno. Então, foi ao especialista do setor privado. *“Estou indo no médico, estou esperando juntar dinheiro para voltar, porque a consulta está muito cara. Eu ia de primeiro lá no ambulatório, mas teve um descontentamento, porque eu estava com uma ferida na perna e eles demoraram para me atender, falaram que era final de ano e diz que ia mandar cartinha e nunca que mandava.”* (E3)

As equipes de saúde também apontam diversos obstáculos para o desenvolvimento do acolhimento, como a pressão pela rapidez no atendimento, profissionais na equipe que não conhecem a realidade do território e das necessidades da comunidade, as tensões existentes no trabalho em equipe, o sentimento de imediatismo da sociedade atualmente, a dificuldade em manter diálogo com as especialidades, limitações nos horários e condições físicas adequadas.⁸⁶

No envelhecimento, a ESF tem papel fundamental e, apesar de todas as dificuldades que imbricam o processo de cuidado, é preciso entender que esse espaço possibilita o acesso e o desenvolvimento da autonomia, principalmente no envelhecimento, período em que o sujeito apresenta uma pluralidade de necessidades que vão além de ações instituídas, sem foco na comunidade e suas necessidades, e a equipe envolvida neste cuidado precisa estar diariamente repensando o seu modo de trabalho para tal, visando o cuidado integral.⁸⁷

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propusemo-nos, neste estudo, a compreender a concepção da mulher idosa sobre o envelhecer e o papel da atenção primária nesse contexto. Durante a coleta de dados, conhecemos mulheres de diversos grupos sociais, pois a inserção das USFs em que foram realizadas as entrevistas abrange bairros onde as pessoas possuem os mais diversos tipos de acesso aos serviços, institucionalizados ou não, e também aos bens de consumo e condições de vida.

A concepção sobre o envelhecer dos sujeitos envolvidos no cuidado, conforme apontamos por meio do suporte teórico deste estudo, é de que a pessoa quando envelhece está ligada ao surgimento de doenças ou deve assumir determinados papéis dentro do seu núcleo familiar e social. Foi possível apreender junto a elas que o envelhecer é polissêmico, construído nas trocas, reinventado a partir da libertação da mulher de funções básicas ligadas ao gênero. A mulher pode compreender o passar dos anos como inúmeras possibilidades de encontrar a felicidade ou, de forma reflexiva, repensando o presente e o passado, ou a partir de suas perdas, dores e aflições.

A mulher idosa, sob influência da organização social em que vive, é sujeito, por muitas vezes, passivo no seu processo de envelhecer, principalmente as que estão à margem da sociedade, que enfrentam dificuldades quanto ao acesso, boas condições de vida e autonomia com muito mais força. Envelhecer para essas mulheres pode ser sinal de enfrentamentos constantes, de lutas contra o que, para elas, acaba sendo inevitável, como o surgimento de doença e suas repercussões.

Logo, entendemos que a concepção sobre o envelhecer deve ser construída em conjunto com cada sujeito, considerando a fala, o saber, as trocas, a subjetividade, que conforma o sujeito do cuidado. Enquanto profissionais no campo da saúde, na gestão do processo de trabalho, devemos construir as necessidades de saúde de cada mulher junto a elas e a sua comunidade, superando as práticas em saúde pautadas no modelo biomédico, ou seja, ações prescritivas e verticais. Devemos refletir sobre o envelhecer com toda a comunidade, trazendo o mesmo como fato social.

A aproximação com as comunidades é uma premissa da ESF e neste estudo pudemos compreender que existem dificuldades na operacionalização dos processos de cuidado, por vezes, em ações pontuais, porém, não em todo o seu potencial. As mulheres idosas esperam das USF ações curativistas e prescritivas, desconhecem os profissionais que compõem a equipe de saúde e seu processo de trabalho, valorizam os ambulatórios de especialidades em detrimento aos da atenção básica.

A partir destas análises, devemos repensar o processo de trabalho desenvolvido para os idosos e com os idosos, desde a formação de futuros trabalhadores até os que estão inseridos no campo de trabalho e precisam de suporte para iniciar/avançar no movimento de mudança. O envelhecimento precisa ser introduzido nas ações intersetoriais, em rodas de conversa com a comunidade, nos diferentes equipamentos sociais, institucionalizados ou não, como escolas, centros religiosos, entre outros. A aproximação com o envelhecer precisa ser desmistificada e vista como uma realidade cada vez mais próxima, visto o seu avanço epidemiológico. Cabe a todos o comprometimento com o proposto na Política Nacional da Pessoa Idosa, buscando sempre trazer o idoso como ator que pode mudar sua realidade constantemente. Importante salientar que este comprometimento deve partir da gestão e chegar até os trabalhadores que atuam diretamente no cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Cecílio LC. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p.113-26.
2. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
3. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB. O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4a. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 15-35.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
5. World Health Organization. Population ageing: a public health challenge. Geneva: WHO; 1998.
6. Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
7. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):407-12.
8. Camacho ACLF. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2002;10(2):229-33.
9. Teixeira SM. Envelhecimento na agenda pública brasileira. Rev Polit Publicas [Internet]. 2003 jan-jun [citado 20 set 2014];7(1):113-36. Disponível em:
http://www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=69
10. World Health Organization. Active ageing: a policy framework [Internet]. Geneve: WHO; 2002. [cited 2014 Jun 2]. Available from:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
11. Brasil. Decreto no 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação [Internet]. Diário Oficial da União (DF); 1 dez 2013. [citado 2014 jun 2]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8114.htm.

12. Lyra Junior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A Farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(3):435-41.
13. Moreira MM. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. 2000. In: Wong LLR, organizadora. *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso*. Belo Horizonte: ABEP; 2000. p. 25-56.
14. Sampaio LS, Silva Neto DG, Reis LA, Lauton MAR, Reis LA, Santos AO, Torres GV. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em domicílio no município de Jequié-BA. *Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]*. 2009 [citado 2014 mar 28];12(2):267-74. Disponível em: http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n2/pdf/art_9.pdf
15. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem de idoso no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):839-47.
16. Lima-Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf Epidemiol SUS*. 2000;9(1):23-41.
17. Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, Paola CR, Santos FC, Bilton T, Ebel SJ, Macedo MB, Almada CM, Nasri F, Miranda RD, Gonçalves M, Santos AL, Fraietta R, Vivacqua I, Alves ML, Tudisco ES. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública*. 1998;32(5):397-407.
18. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1999;33(5):445-53.
19. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. *Saúde Soc*. 2007;16(1):69-80.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM: 21 anos depois [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. [folder]. [citado 24 set 2014]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002559.pdf>
21. Mastroeni MF, Erzinger GS, Mastroeni SSBS, Silva NN, Marucci MFN. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):190-201.

22. Brasil. Presidência da República, Secretaria Especial de Política para Mulheres. Plano Nacional de Política para as Mulheres [Internet]. Brasília (DF): Secretaria Especial de Política para Mulheres; 2005. [citado 2 jun 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: formação e intervenção. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. [citado 2 jun 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
26. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2000;34(3):316-9.
27. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
28. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2010 jun [citado 2014 ago 3];44(2):437-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/28.pdf>
29. Batistella C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca AF, organizador. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. 2007. p. 25-49.
30. Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? Rev Bras Epidemiol. 2000;3(1-3):4-20.
31. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a Estratégia Saúde da Família com base nas categorias kuhnianas. Interface Comum Saúde Educ. 2005 [citado 21 jun 2013];9(16):53-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05>
32. Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. Cienc Saúde Coletiva [Internet]. 2001 [citado 21 jun 2013];6(1):7-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7022.pdf>

33. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde Soc* [Internet]. 2002 jan-jul [citado 21 jun 2013];11(1):67-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf>
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Redes de Produção de Saúde* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. [citado 2 jun 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf
35. Silva JC, Garcia EL. Produção de subjetividade e construção do sujeito. Barbarói [Internet]. 2011 ago-dez [citado 2013 jun 21];35(2):189-98. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1760/2634>
36. Teixeira RR. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. *Cienc Saúde Coletiva* [Internet]. 2001 [citado 21 jun 2013];6(1):49-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7024.pdf>
37. Fernandez JCA, Westphal MF. O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde. *Interface Comum Saude Educ* [Internet]. 2012 jul-set [citado 21 jun 2013];16(42):595-608. Disponível em: http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/02/v.16-n.42-jul._set._2012.pdf
38. Kleba ME, Wendausen A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc* [Internet]. 2009 [citado 21 jun 2013];18(4):733-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/16.pdf>
39. Campos GWS. Saúde, sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. *Saúde Soc* [Internet]. 2009 [citado 21 jun 2013];18(2):24-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/04.pdf>
40. Stotz EN. *Necessidade de Saúde: mediações de um conceito (contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.
41. Stotz EN. A cultura e o saber: linhas cruzadas, pontos de fuga. *Interface Comum Saude Educ* [Internet]. 2001 [citado 21 jun 2013];5(8):132-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/11.pdf>
42. Brasil. Presidência da República. *Constituição [da] República Federativa do Brasil 1988*. Brasília (DF): Centro Gráfico do Senado Federal; 1988.
43. Cecílio LC, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Matos RA, organizadores. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EDUCS - CEPESC - IMS/UERJ; 2006. p.37-50.

44. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(2):144-9.
45. Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1999.
46. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Cienc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):305-14.
47. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde Debate*. 2003;27(65):316-23.
48. Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Ver - SUS Brasil: cadernos de texto*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. p. 284-99.
49. Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.
50. Minayo MCS, orgaizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25a. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
51. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12a. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
52. Prefeitura Municipal de Marília. *Informações sobre a rede de saúde de Marília* [Internet]. Marília (SP): Secretaria Municipal de Saúde; [2013]. [citado 2 fev 2013]. Disponível em: <http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/index.html>
53. Fundação Sistema Estadual de Análise da Dados – SEADE. *Perfil Municipal de Marília* [Internet]. São Paulo: Fundação SEADE; 2012. [citado 26 nov 2012]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=consulta&action=var_list&tabs=1&aba=tabela3&redir=&busca=Grupos+de+Idade
54. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
55. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EVF, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 88-104.

56. Negreiros TCGM. Sexualidade e gênero no envelhecimento. Alceu [Internet]. 2004 jul-dez [citado 2 jun 2013];5(9):77-86. Disponível em: http://revistaalceu.com.puc-rio.br/media/alceu_n9_negreiros.pdf
57. Almeida LHRB, Luz MHBA, Monteiro CFMS. Ser mulher no climatério: uma análise compreensiva pela enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2007;15(3):370-5.
58. Silva TMN. A desigualdade de gênero na terceira idade. A Terceira Idade [Internet]. 2006 jun [citado 2013 21 jun];17(36):32-8. Disponível em: https://www.sescsp.org.br/online/revistas/edicoes/579_NOVAS+FRONTEIRAS+PARA+O+FUTURO+DO+ENVELHECIMENTO#/tagcloud=lista
59. Benites APO, Barbarini N. Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. Psicol Soc. 2009;21(1):16-24.
60. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, OPAS; 2011. [citado 21 jun 2013]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf
61. Araújo CK, Cardoso CMC, Moreira EP, Wegner E, Areosa SVC. Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos. Rev Jovens Pesqui [Internet]. 2012 [citado 21 jun 2013];(1):97-107. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/2868/2033>
62. Floriano PJ, Dalgalarondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. J Bras Psiquiatr. 2007;56(3):162-70.
63. Vilela ABA, Carvalho PAL, Araújo RT. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. Rev Saude.com [Internet]. 2006 [citado 21 jun 2013];2(2):101-14. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v2/v2n2a2.pdf>
64. Madureira VSF, Peliser SR, Beltrame V, Stamm M. Mulheres idosas falando sobre envelhecer: subsídios para a promoção da saúde. REME. 2008;12(1):17-26.
65. Paiva WDAC. Os sentidos do envelhecer: memórias e identidades de idosas [dissertação]. São João Del-Rei: Universidade Federal de São João Del-Rei; 2011.
66. Merighi AB, Oliveira DM, Jesus MCP, Souto RQ, Thamada AA. Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(2):408-14.
67. Goldenberg M. Mulheres e envelhecimento na cultura brasileira. Cad Espaço Feminino [Internet]. 2012 [citado 2 jun 2014];25(2):46-56. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/21803/11965>

68. Santos GA. Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. *Textos Contextos* [Internet]. 2002 nov [citado 2 jun 2014];1(1):1-12. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/937/717>
69. Menezes TMO, Lopes RLM, Azevedo RF. A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2009 [citado 2 jun 2014];11(3):598-604. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a17.pdf
70. Featherstone M. O curso da vida: corpo, cultura e imagens do processo de envelhecimento. In: Debert GG. *Antropologia e velhice: textos didáticos*. Campinas: IFCH/UNICAMP; 1994. p. 45-64.
71. Fernandes MGM, Garcia LG. O corpo envelhecido: percepção e vivência de mulheres idosas. *Interface Comum Saúde Educ*. 2010;13(35):879-90.
72. Caldeira S, Merighi MAB, Muñoz LA, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM. O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2012 set-out [citado 2 jun 2014];20(5):888-95. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_10.pdf
73. Carolino JA, Soares ML, Cândido GA. Envelhecimento e cidadania: possibilidades de convivência no mundo contemporâneo. *Qualit@as* [Internet]. 2011 [citado 2 jun 2014];11(1):p.1-11. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/1182/597>
74. Marin MJS, Cecílio LCO, Rodrigues LCR, Ricci FA, Druzian S. Diagnóstico de enfermagem de idosas carentes de um Programa de Saúde da Família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(2):278-84.
75. Oliveira JBA, Lopes RGC. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicol Estud*. 2008;13(2):217-21.
76. Monteiro MM, Virgínia FP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):358-64.
77. Nery SR, Nunes EFP, Carvalho BG, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Cienc Saúde Coletiva*. 2009;14(Supl 1):1411-9.
78. Franco BT, Magalhães Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB. *O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4a. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 125-33.

79. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-20.

80. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1487-94.

81. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(Supl 1):S148-58.

82. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Cienc Saúde Coletiva. 2010;15(Suppl 3):3615-24.

83. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. Cad Saúde Pública. 2011;27(4):779-86.

84. Damaceno MJCF. Análise das ações de saúde do idoso no âmbito da Estratégia Saúde da Família em município do interior do estado de São Paulo [dissertação]. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2013.

85. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad Saúde Pública. 1998;14(4):863-70.

86. Oliveira LML, Tunini ASM, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. Rev APS. 2008;11(4):362-73.

87 88. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2001. p. 39-64.

APÊNDICES

Apêndice 1

<u>Entrevista semi-estruturada com questões norteadoras</u>
<p><u>Quem é você:</u></p> <p>1. Nome, idade, data de nascimento, escolaridade.</p>
<p><u>A mulher e a sua casa, a sua família, e a sua vizinhança – identificar a rede social, incluindo a rede de apoio; identificar a função da mulher no núcleo familiar.</u></p> <p>1. Quem mora nesta casa com você? Qual a função de cada um dentro da casa? Quais são as suas atividades diárias?</p> <p>2. Você trabalha? Qual a sua ocupação? E em relação às demais pessoas, quem trabalha? Trabalha com o quê? Qual a renda de cada um?</p> <p>3. Você considera sua renda suficiente para suprir suas necessidades? Se não, por quê?</p> <p>4. Você conhece seus vizinhos? Tem amigos no bairro? Qual é a relação entre vocês, o que vocês fazem em comum?</p>
<p><u>A mulher e os diversos equipamentos sociais, e a saúde – identificar se ela conhece os equipamentos sociais; se participa de alguma atividade; se conhece a unidade de saúde; se tem vínculo com a unidade.</u></p> <p>1. Quais são os comércios, atividade comunitária, centro religioso, áreas de lazer existentes na região que você mora? Você frequenta/faz uso desses? O que você acha de frequentar/participar destes?</p> <p>2. Frequenta a Unidade de Saúde do bairro? Com que frequência? Quais são os profissionais que atuam nesta unidade? Como é a sua relação com eles?</p> <p>3. Além desse serviço, frequentou outros? Quais? Em que momento/por quê? Quais são os profissionais que atuam nesta unidade? Como é a sua relação com eles e por que é desse jeito?</p>
<p><u>A mulher e o envelhecer – identificar o que a mulher entende por envelhecer; qual o impacto que tem na sua vida o envelhecimento; se ela tem projeto de vida.</u></p> <p>1. Para você, o que significa envelhecer?</p> <p>2. Como esse processo se desenvolve em sua vida?</p> <p>3. Qual é o seu projeto de vida hoje?</p>
<p><u>Algo a acrescentar que não perguntei?</u></p>

Apêndice 2

FACULDADE DE MEDICINA DE
MARÍLIA-FAMEMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DA MULHER SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECER E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NESTE CONTEXTO

Pesquisador: Kelly Karine Pasqual

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20379713.1.0000.5413

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 425.789

Data da Relatoria: 16/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo que será realizado na ESF do Município de Marília com mulheres acima de 60 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Gerais:

Analisar a percepção da mulher acima dos 60 anos sobre o processo de envelhecer.

Analisar a percepção da mulher acima dos 60 anos sobre o cuidado em saúde promovido pela ESF, pelos serviços de atenção secundária e terciária, pelos equipamentos sociais institucionalizados ou não na visão das mulheres acima de 60 anos.

Específicos

Analisar as vivências que definiram o processo de envelhecimento das mulheres acima de 60 anos. Analisar o (s) papel (eis) assumido (s) e projeto (s) de vida definidos pelas mulheres acima de 60 anos, considerando sua inserção na sociedade. Analisar a acessibilidade das práticas de saúde na atenção a pessoa idosa desenvolvidas pelos profissionais da equipe de referência e apoio (NASF) da ESF, dos serviços de atenção secundária e terciária, dos equipamentos sociais institucionalizados ou não na visão das mulheres acima de 60.

Endereço: Rua: Orlando Righetti, 268

Bairro: Fragata

CEP: 17.512-220

UF: SP

Município: MARILIA

Telefone: (14)3422-1744

Fax: (14)3422-1070

E-mail: dtpos@famema.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
MARÍLIA-FAMEMA



Continuação do Parecer 425.766

MARÍLIA, 18 de Outubro de 2013

Assinado por:

Valdeir Fagundes de Queiroz
(Coordenador)

Endereço: Rua Orlando Righetti, 269

Bairro: Fregata

CEP: 17.518-230

UF: SP

Município: MARÍLIA

Telefone: (14)3422-1744

Fax: (14)3422-1079

E-mail: drpos@famema.br

Apêndice 3

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Titulo do estudo: “PERCEPÇÃO DA MULHER SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECER E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NESSE CONTEXTO”

Informo que sou aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Medicina de Marília e estamos desenvolvendo um estudo cujo objetivo é analisar a percepção da mulher com mais de 60 anos sobre o processo de envelhecer e sobre a atenção que ela recebe pela Estratégia Saúde da Família, outros serviços de saúde e serviços localizados no local onde mora, sejam eles públicos ou não. Para sua segurança, informamos que terá a garantia de:

- * Receber todas as informações que achar necessárias sobre a pesquisa a ser desenvolvida;
- * Ter sua identificação preservada;
- * Retirar seu consentimento em qualquer parte dos questionários sem problemas por esse ato;
- * Não sofrer nenhum prejuízo por sua participação;
- * Ser informada dos resultados dos estudos;
- * Ser esclarecida de qualquer dúvida por meio de contato com a pesquisadora responsável;
- * Sua participação não implicará em custos financeiros para você ou para o sistema de saúde;

É importante que saiba que os os resultados do estudo podem ser divulgados em eventos científicos ou publicados em revista científica.

Caso possa colaborar com o estudo, para atender as exigências éticas de pesquisa com seres humanos, queira, por favor, preencher o termo de consentimento.

Eu _____ portadora do RG nº _____ após ter sido informada sobre o trabalho, concordo em participar do mesmo.

Marília, ____ de _____ de 201__.

Assinatura da entrevistada:

Ass. do pesquisador principal
 Nome: Kelly Pasqual
 RG: 44.589.012-5
 Telefone: (14) 3402-1744
 Email: kellypasqual@yahoo.com.br
 COREn-SP :215160

Ass. do pesquisador orientador
 Nome: Mara Quaglio Chirelli
 RG: 12.594.487-1
 (14) 3402-1744
 Email: marachirelli@gmail.com
 COREn-SP: 32328