

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CEILÂDIA – FCE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ARNON MATEUS NUNES DE ALBUQUERQUE

**PENSANDO E VIVENDO A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE:
ESTUDO DE DUAS BIOGRAFIAS**

**BRASÍLIA – DF
2013**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE**

**PENSANDO E VIVENDO A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE:
ESTUDO DE DUAS BIOGRAFIAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Professora orientadora: Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães.

**Brasília – DF
Março de 2013**

Agradecimentos

Agradeço primeiro a Deus pela oportunidade.

A minha família pelo apoio e carinho durante a realização do trabalho e de todo o curso, de minha mãe pelo carinho, meu pai pela sabedoria compartilhada, minha irmã pela ajuda e companheirismo...

A todos os professores da Faculdade de Ceilândia pela excelente experiência, ensino e compartilhamento de conhecimento e principalmente a minha orientadora, professora Dr^a. Silvia Guimarães pela grande orientação, apoio e força durante o trabalho.

Aos participantes dessa pesquisa, Dona Maria e Seu José, por terem se disponibilizado tão prontamente em compartilhar e expor suas experiências de vida e sabedoria, tão ricas, para o estudo.

A meus colegas e amigos pela companhia e pelas risadas que tornaram os momentos mais difíceis felizes.

Resumo

A criação de políticas públicas de saúde deve ter como pressuposto o conhecimento sobre a forma como as pessoas entendem e vivenciam essas políticas. Nesse sentido, a intenção deste trabalho é analisar as representações sociais de pessoas que viveram diferentes políticas de saúde no Brasil acerca das mesmas, ou melhor, analisar como idosos, localizado na cidade de Samambaia, DF, entendem os sistemas de saúde e suas transformações ao longo do tempo. As duas pessoas sujeitos deste trabalho fazem parte da terceira idade, isto é, que viveram a maioria na época da ditadura, pois se pretende analisar como eles compreenderam a passagem de um sistema oficial de saúde para outro. Para tanto, o cenário e evolução das políticas públicas de atenção à saúde brasileiras foram brevemente analisadas em um panorama como forma de contextualização para a pesquisa, na qual foram utilizadas técnicas do método etnográfico, como a entrevista em profundidade e o estudo biográfico. As histórias de vida dos sujeitos da pesquisa revelaram um cenário heterogêneo, onde suas cidades de origem revelam condições de vida diversas e a vida em Brasília significando diferentes mudanças de vida. O direito à saúde é menos pensado e mais vivido por essas pessoas, sendo mesmo existente o conhecimento da lei a falta de acesso ao sistema se torna um empecilho para o entendimento do direito. Por mais que tenha havido uma diferença ideológica e legal com relação aos direitos da população e aos deveres do Estado, essa mudança só é realmente presente no entendimento dos sujeitos no momento em que eles vivem essa mudança, ou seja, com relação a políticas de acesso como a de medicamentos. Com relação a outros serviços, por haver problemas de efetividade, muitas vezes os sujeitos tiveram dificuldade em notar diferenças entre os serviços no período da ditadura militar e o SUS.

Palavras chaves: Estudo biográfico, saúde do idoso, história de vida, direito à saúde, história do SUS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. MARCO TEÓRICO: as representações sociais e a ideia do idoso	8
3. PANORAMA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	13
4. CAMINHOS METODOLÓGICOS	18
5. ESPAÇO-TEMPO NA EXPERIÊNCIA DO ENVELHECIMENTO	21
5.1. História de vida: Dona Maria.....	22
5.1.1. Nascimento e juventude em Fortaleza, entre 1950 e 1975: tempo de fartura	22
5.1.2. Amadurecimento em Ceilândia entre 1975 e 2005: encontro com outras redes de relações sociais.....	30
5.1.3. Envelhecimento em Samambaia entre 2005 e 2013.....	34
5.1.4. Concepções de saúde, adoecimento e direito à saúde.....	39
5.2. História de vida: seu José.....	42
5.2.1. Infância em Planaltina entre 1945 a 1970: a vida nas fazendas.	42
5.2.2. Amadurecimento em Brasília de 1970 a período atual.....	45
5.2.3. Envelhecimento em Samambaia.....	46
5.2.4. Experiência do processo saúde-adoecimento, terceira idade e usos de medicamentos.....	47
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS.....	58

1. INTRODUÇÃO

A criação de políticas públicas de saúde deve ter como pressuposto o conhecimento sobre a forma como as pessoas entendem e vivenciam essas políticas. Nesse sentido, a intenção deste trabalho é analisar as representações sociais de pessoas que viveram diferentes políticas de saúde no Brasil sobre estas políticas, ou melhor, analisar como dois idosos, moradores da cidade de Samambaia, DF, entendem o sistema oficial de saúde e suas transformações ao longo do tempo. O grupo social objeto deste trabalho são pessoas com mais de 60 anos, isto é, que viveram a maioridade na época da ditadura, pois se pretende analisar como eles compreenderam a passagem de um sistema oficial de saúde para outro. Para tanto, foi realizado um estudo de caso focalizando as representações sociais sobre a maneira como analisam os sistemas de saúde criados pelo Estado brasileiro ao longo desse período. A importância de se trabalhar com o tema de representações sociais nasce da necessidade de se entender o próprio objeto de trabalho de saúde coletiva, que seria os segmentos populacionais, ou melhor, a maneira como entendem e vivem processos de saúde-adoecimento, as políticas públicas e os sistemas médicos que lhes são apresentados. Conforme veremos adiante, as representações sociais por serem compartilhadas asseguram a vida em sociedade e a coexistência da vida individual com a vida social (MOSCOVICI, 2011).

Sendo assim, a proposta deste trabalho é ver como o Sistema Único de Saúde (SUS), criado com a constituição Federal de 1988, e atual marco da política nacional de saúde brasileira, é analisado como uma ideia que é tanto pensada quanto vivida por esses segmentos populacionais, nas dimensões cognitivas, sociais e afetivas. Pretendeu-se observar como o principal diferencial do SUS, ou seja, seus princípios doutrinários, sendo o mais importante, para esse trabalho, a universalidade, que nasceu do novo entendimento jurídico da atual Constituição de que a saúde é, agora, “direito de todos e dever do Estado”, é interpretado e vivido por seus usuários. Para aqueles que nasceram após a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, esse direito pode vir a parecer natural, mas o entendimento deste, para pessoas mais velhas, que viveram diferentes paradigmas de direito à

saúde, pode ser diferenciado e ter outras interpretações. Então, o objetivo principal deste trabalho foi analisar como o SUS está sendo pensado e vivido por pessoas que presenciaram sua criação.

Para tanto, antes de ter o discurso dessas pessoas, faz-se necessário apresentar o contexto histórico de construção do direito à saúde no Estado brasileiro, por onde se deu a evolução desses direitos até culminar na Constituição de 1988. Como afirma Dallari (2010) “os direitos fundamentais possuem caráter **histórico**, ou seja, não frutificam de um arroubo legislativo ou de uma ideia teórica ocasional, mas constituem produto da história”. Portanto, faz-se necessário para se entender a natureza exata dos direitos compreender as suas origens históricas. Nesse sentido, este trabalho pretende, também, realizar uma breve revisão bibliográfica e análise da legislação sobre os serviços de saúde do Brasil desde a década de 1960 até os dias atuais.

Dessa forma o trabalho se estruturou da seguinte forma: primeiro é apresentada a revisão bibliográfica, base teórica do trabalho, que foi dividida em dois capítulos, sendo o capítulo 2, a produção de uma revisão bibliográfica, mais dedicado aos princípios teóricos nos quais foi baseada a metodologia, como a conceituação de representação social e considerações a respeito da faixa etária escolhida, e um panorama sobre a saúde no Brasil, dedicado a fazer uma contextualização cronológica do cenário das políticas públicas de saúde no Brasil. O capítulo referente aos caminhos metodológicos expressa as razões para a escolha da metodologia do trabalho, enquanto as explica, além de apresentar os sujeitos da pesquisa e o *lócus* da pesquisa. Os resultados da pesquisa, ou a análise das entrevistas, foram colocados no capítulo “espaço-tempo da experiência do envelhecimento”, nesse formato por estar mais condizente com as próprias leituras e análises dos entrevistados. Em seguida foi feita a análise final das suas falas segundo as propostas referidas nesta introdução e recomendações para estudos futuros baseadas nas limitações dessa pesquisa no capítulo 6, “conclusões e recomendações”.

2. MARCO TEÓRICO: as representações sociais e a ideia do idoso

O referencial teórico deste trabalho está baseado nos conceitos das Ciências Sociais, compreendendo a noção de cultura enquanto um sistema de símbolos que fornece um modelo “de” e “para” a realidade vivida (GEERTZ, 1989). Dessa forma, os eventos sociais vividos, principalmente nos serviços públicos de saúde, estão pautados nos processos de significação contínuos, produzidos pelos indivíduos quando mantêm relações sociais, ou seja, na atribuição de significados às experiências vividas. Esses processos vivenciados, em sua maioria, revelam que as expectativas que as pessoas criam com relação aos sistemas de saúde públicos podem não ser os mesmos pensados pelo Estado, que, muitas vezes, é estruturado por princípios tecnicistas, fundamentados nos termos da biomedicina, portanto, distante da realidade dos diversos segmentos populacionais da sociedade brasileira (LOYOLA 1984). Desse modo, é possível questionar a forma como os serviços e a política de saúde são implementados, propondo-se a incorporação do ponto de vista de seus usuários, com o intuito de aprimorar tais serviços. Por conseguinte, este trabalho focará as representações sociais desse segmento da população, como “um instrumento de pesquisa que permite entender as concepções dos grupos e atua como uma das formas de compreender as mudanças e permanências promovidas socialmente” (HOROCHOVSKI, 2004: 1).

O conceito de representação social é complexo e tem um longo histórico, tendo sido primeiramente enunciado por Émile Durkheim como representações coletivas (MINAYO, 2011). Essa ferramenta analítica surgiu mais detalhadamente com o trabalho de Durkheim de solidificar a sociologia no âmbito da ciência e consolidar o método sociológico. Nasceu, também, da diferenciação entre a sociologia e a psicologia, posto que enquanto a última se ocupa dos indivíduos a sociologia analisa os fatos sociais, sendo estes criados coletivamente e independentemente dos individuais. No entanto, no dilema entre o individual e coletivo, a teoria das representações sociais se consolida com o intuito de pôr fim ou superar este conflito ao ver a força do coletivo encontrar sua mobilidade na dinâmica do social, que é consensual, mas se abre permanentemente para os esforços de

sujeitos sociais que desafiam o coletivo e, se necessário, o transformam (GUARESCHI E JOVCHELOVITCH 2011).

Então, como afirma Durkheim, citado por Horochovski (2004: 94), “o que as representações coletivas traduzem é a maneira pela qual o grupo se enxerga a si mesmo nas relações com os objetos que o afetam”. Esse conceito, tendo sido pouco explorado por um tempo, renasce com o novo entendimento desenvolvido pela psicologia social, principalmente pelas mãos do autor Serge Moscovici (2011), que propõe a mudança de representações coletivas para representações sociais. A teoria, então, renasce entendendo as representações de uma forma mais fluída, em contraposição à forma estática como elas se apresentam na teoria de Durkheim. Sendo assim, elas, agora, estão na condição de produtoras de conhecimentos que podem variar de acordo com diferentes sociedades, ou segmentos populacionais, diferente da ideia de Durkheim de que seriam uma forma geral da sociedade entender o mundo (OLIVEIRA, 2004).

Seguindo o argumento de Minayo (2011), compreender as representações sociais de idosos sobre a evolução dos sistemas de saúde no Brasil está baseado na ideia de que a realidade vivida é representada por atores sociais e por meio dela os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimento. Ainda, segundo a autora “a visão de mundo dos diferentes grupos expressa as contradições e conflitos presentes nas condições que foram engendradas” (op.cit: 90). Portanto, analisar as representações sociais permitirá conhecer e compreender como um segmento da população brasileira vivencia o seu direito à saúde.

Esse estudo será realizado com pessoas com mais de 60 anos, residentes em Samambaia, DF. A razão primeira para a escolha da faixa etária dos sujeitos da pesquisa está no fato desses indivíduos terem vivido parte de suas vidas durante a ditadura militar, onde havia um paradigma de direitos e deveres diferentes dos obtidos com a Constituição de 1988. Além disso, outra razão importante é o fato desse segmento da população ter, atualmente, políticas públicas de saúde específicas para eles, os quais são denominados como “terceira idade” ou “melhor idade”, que foram criadas a partir da década de 70. De acordo com Debert (1996:1):

“A invenção da terceira idade é compreendida como fruto do processo crescente de socialização da gestão da velhice: durante muito tempo considerada como própria da esfera privada e familiar, uma questão de previdência individual ou de associações filantrópicas, ela se transformou em uma questão pública. Um conjunto de orientações e intervenções foi definido e implementado pelo aparelho de Estado e outras organizações privadas.”

Esse grupo social sofreu mudanças grandes no último século, principalmente sobre a forma como a sociedade o entende e se relaciona com suas necessidades. A própria definição de idoso aparece de forma nebulosa quando se estuda a fundo esse histórico. Isso acontece porque essa definição é mutável de acordo com os paradigmas e práticas culturais vigentes na sociedade em determinada época. Além disso, as condições socioeconômicas ditam como é o relacionamento dos familiares com seus idosos. Tal relação no quadro familiar tem implicação na forma como é ser e viver como idoso.

Debert (op.cit.), ainda, nos mostra que a visão dos idosos dentro de uma mesma sociedade varia bastante. Há o entendimento do idoso como um grupo social frágil e sofredor, vitimado pela miséria, que houvera perdido seu status como membro contribuinte e respeitado da sociedade, para ser mais um fardo para sua família e o Estado. Mas a autora também mostra que esse conceito não é compartilhado por todos. Na sociedade há segmentos que observam o idoso como uma fonte de recursos a ser explorada e desenvolvida. A mídia, ao mesmo tempo, que mostra sofrimento de idosos, disponibiliza a imagem do idoso que está no auge da vida, em um momento de aproveitamento e desenvolvimento pessoal. Dessa forma, o idoso passa a ser um ator social, não mais excluído dos segmentos criativos e ativos da sociedade, podendo agora influenciar político e economicamente a mesma (DEBERT, 1996).

Portanto, observando as representações sobre a velhice, se pode entender como essa fase da vida é complexa e heterogênea, ou seja, acontece de diversas formas e é vivenciada de diversas maneiras. Isso, também, significa que há muito para se aprender sobre essas pessoas e sua realidade. E é com esse entendimento sobre os idosos – os quais aparecem como um segmento populacional crescente, não só em quantidade, como em representatividade, e como um grupo heterogêneo

cujas características e realidades não são totalmente conhecidas, - que essa pesquisa busca entender melhor sua experiência.

Os idosos ainda possuem maior suscetibilidade a adquirir doenças, por isso acessam mais o sistema oficial de saúde. Em um estudo com mais de 20.000 participantes, Lima-Costa et al.(2003: 739) afirmam que “70% dos idosos relataram ter pelo menos uma condição crônica e a proporção daqueles com problemas de saúde aumentou com a idade em ambos os sexos”. O estudo, também, afirma que os idosos fazem mais uso, proporcionalmente, dos serviços de saúde, comprometendo grande parte de sua renda com a compra de medicamentos e custo proporcional com internação também é maior com a população idosa. Sendo assim, por acionarem mais os sistema de saúde, esse grupo de pessoas possui uma vivência maior do direito à saúde e da maneira como o Estado o efetiva ao longo do tempo.

Além disso, com o aumento da população de idosos cabe discutir se essa longevidade vem acompanhada de bem estar, ampla capacidade funcional, que deve estar vinculada com a efetivação do direito à saúde pelo Estado brasileiro. De acordo com Ramos, no caso dos idosos, “a saúde não é mais medida pela presença ou não de doença, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional” (2003: 793). Neste sentido, de acordo com os gerontólogos, um novo paradigma surge na observação do idoso, que é avaliar e permitir a capacidade funcional do mesmo (op.cit.). Essa está relacionada com a autonomia, com capacidades executar seus próprios atos e vontades, não importando se a pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca, depressiva. A capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, assim, o envelhecimento saudável passa a ser observado a partir de uma interação multidimensional que englobe saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (op. cit). Diante desse contexto, este trabalho optou pelos idosos como sujeitos da pesquisa, com o objetivo de avaliar os serviços de saúde públicos. Segundo Sá (1998), é importante a delimitação do sujeito de pesquisa de representações sociais, uma vez que há várias condições para a admissão de que esses sujeitos realmente construam e façam parte dessa representação específica.

Há vários trabalhos como o de Pereira (2006) e Santos (2006) que se propõem a estudar as representações sociais de idosos sobre a saúde e ações educacionais em saúde, respectivamente. A garantia da saúde vinculada aos serviços de saúde se torna uma representação social significativa, principalmente, quando em contraste com a doença, tendo em vista que este último se mostra como um fenômeno por vezes de difícil compreensão e causa de grande impacto na vida das pessoas (SÁ, 1998). Assim se pode entender que para o grupo das pessoas em questão a representação da saúde é duplamente mais importante, por este ser um grupo que recorrentemente encontra a doença em seu cotidiano, muitas vezes, por meio de ações governamentais. Sendo assim, é justamente no público que tem esse embate cotidiano com políticas públicas que se espera encontrar a representação sobre os sistemas e serviços de saúde, principalmente, sobre o direito à saúde e a efetivação deste pelo Estado. No cotidiano dessas pessoas, também está contida a batalha constante por obtenção de consultas e medicamentos, sendo que em alguns dos casos o SUS é o único fornecedor.

3. PANORAMA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Para compreender o discurso do grupo social em questão, faz-se necessário ter o histórico do direito à saúde e da oferta de serviços pelo Estado brasileiro. No Brasil Colônia, não havia política efetiva para um cuidado à saúde da população. Assim, a saúde pública se resumia ao trabalho desempenhado pelo cirurgião-mor e físico-mor, que possuíam delegados nas províncias, e os almotacéis, que eram responsáveis pela fiscalização de gêneros alimentícios em má qualidade e a sua destruição (FUNASA 2004). De acordo com PAIM (2009), os problemas sanitários eram de responsabilidade das autoridades locais. Ainda segundo este autor, a primeira Santa Casa foi fundada em 1543 em Santos. Em seguida foram criadas santas casas em Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. Nesses locais, a assistência acontecia para os pobres, indigentes, viajantes e doentes, e dependia de ações religiosas. Já os militares eram recolhidos e cuidados por famílias ricas. Também eram encaminhados para as santas casas e atendidos por cirurgiões-militares.

Do século XVI ao XVIII, os acontecimentos significativos foram mudanças de atribuições e de cargos. De acordo com Pimenta (2003), licenças e cartas eram dadas para aqueles que exerciam alguma atividade relacionada à cura entre 1808 e 1828. Em 1808, é criada a Fisicatura, no Rio de Janeiro, que atuou até 1828. A Fisicatura estava baseada na atuação de dois cargos: o de físico-mor e cirurgião-mor, entre os quais eram divididas as práticas médicas. Assim, as atividades que fossem relacionadas à prescrição e fabricação de remédios eram da alçada do físico-mor e as relacionadas às intervenções cirúrgicas, da responsabilidade do cirurgião-mor. Havia delegados e sub-delegados do físico-mor e/ou cirurgião-mor, auxiliados por outros oficiais, que averiguavam se o regimento da instituição estava sendo respeitado, principalmente, as licenças e cartas que autorizavam as práticas dos terapeutas (op. cit). Ainda, durante o século XIX, ocorreram importantes marcos para a saúde pública brasileira, como a municipalização de serviços de saúde, por meio das municipalidades, em 1828, e a criação do instituto vacínio do império, com o principal objetivo de imunizar a população contra a varíola (FUNASA, 2004).

No Brasil Império, se iniciaram as primeiras ações de prevenção de saúde, incluindo o uso de dinheiro do Estado, ainda que houvessem sérios problemas administrativos (FUNASA, 2004). De acordo com Paim (2009), ocorreu uma reforma dos serviços sanitários com a criação da Inspetoria Geral de Higiene, a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e o Conselho Superior de Saúde Pública. O cenário da saúde pública, neste período, era rudimentar, incapaz de responder às epidemias e de assegurar a assistência aos doentes, sem discriminação. As pessoas que dispunham de recursos eram cuidadas por médicos particulares, enquanto os indigentes eram atendidos pelas casas de misericórdia. Com o advento da república, a responsabilidade com relação à saúde passou a ser dos estados. Foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública com a finalidade de atuar onde não cabia a intervenção dos governos estaduais, por exemplo a vigilância sanitária nos portos.

Com a passagem do século XIX ao século XX, há uma mudança no cenário da população brasileira, inicia-se o processo de industrialização no Brasil. Na República Velha (1889-1930), o Estado só interferia na saúde em situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder. Não havia relações entre as organizações sanitárias e as muitas ações eram desenvolvidas repetidamente. As epidemias de febre amarela, peste e varíola demandaram campanhas sanitárias e reformas, o que levou a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e de uma estrutura permanente de saúde pública nas áreas rurais. Nesse contexto, de acordo com Paim (2009), as campanhas de vacinação lembravam operações militares.

Segundo Funasa (2004) e Lima e Pinto (2003), no início do século XX, se intensificou a necessidade de atenção à saúde, principalmente pelas altas taxas de mortalidade causadas por doenças infecciosas. Essa situação causava problemas para o desenvolvimento econômico do país, principalmente por assolar a sua capital e a mão de obra da nação. É nesse contexto que se inicia a intervenção estatal nas condições de saúde da população, inicialmente sob a tutela de Oswaldo Cruz. A abordagem biomédica baseada em conhecimentos científicos também foi marcante nessa intervenção, sendo que a imposição desse conhecimento, sem o entendimento da população, gerou uma das revoltas mais conhecidas do país, chamada revolta da vacina. Ainda assim, a pesquisa científica não foi abandonada. Passou a ser eixo orientador de ações e expedições do Instituto Oswaldo Cruz, que

desenvolveu diversas pesquisas de saúde na área rural brasileira, e pautou a política estatal. Esse foi um período importante para o entendimento da necessidade de intervenção do Estado na saúde da população. O Estado passa a figurar com um poder disciplinador, nos termos de Foucault (1979), trata-se de uma nova tecnologia de gestão, voltada para os homens e seus corpos.

Segundo Scliar (2005), aconteceu um conflito entre os sanitaristas brasileiros e o governo, pois, em 1929 o governo assinou um acordo com a Fundação Rockefeller, dos EUA. Essa fundação desenvolvia programas de febre amarela, malária e parasitoses, baseado em modelos criados por médicos sanitários norte-americanos em Cuba (op. cit: 119). Diante da oposição dos sanitaristas brasileiros, o governo decidiu que a fundação atuaria na região norte e nordeste do país e o restante ficaria a cargo do DNSP. Neste período surgiu o centro de saúde, que oferecia serviços de vacinação, puericultura, assistência pré-natal e outros, e que, desde então, tornou-se a unidade básica de saúde (op. cit: 120). Um novo acordo firmado em 1942 com outra entidade norte-americana leva a criação do Serviço de Saúde Pública (SESP), que tinha como objetivos promover o saneamento básico na região amazônica, realizar a profilaxia da malária e prestar assistência médico-sanitária. De acordo com Scliar, essa ação tinha como preocupação, garantir a borracha na Segunda Guerra Mundial em curso (op. cit: 120).

A partir de 1930, com o crescimento e organização da classe trabalhadora, devido ao processo de industrialização e crescente urbanização, passam a ser importantes temas como, por exemplo, a assistência médica aos trabalhadores e suas famílias (Scliar 2003 e Paim 2009). Essa assistência era prestada, sobretudo, por órgãos previdenciários. Em 1923, com a lei Elói Chaves é criada a previdência social no Brasil, por meio de caixas de aposentadoria e pensões (CAPs); desse modo, os trabalhadores vinculados a essas caixas passavam a ter acesso a alguma assistência médica.

A partir desse novo entendimento, da preocupação do Estado com sua massa trabalhadora e da necessidade de disciplinar o saber biomédico e inseri-lo na gestão da política de saúde, as ações estatais de saúde passaram a evoluir levando a diferentes mudanças administrativas de cada governo. Ao lado dessas mudanças na

administração estavam as mudanças relativas aos direitos em cada constituição que era criada. No período da ditadura militar, os entendimentos do Estado com relação ao direito à saúde e demais direitos fundamentais, isto é, com relação a sua atuação na efetivação desses direitos não estão claros. A outorga da constituição de 1967, ainda que tenha sido inquestionavelmente autoritária, não alterou os direitos individuais e sociais, embora os tenha condicionado a legislação posterior para implementação (DALLARI, 2010). Isso é refletido na continuidade das ações de prevenção de doenças durante o período, tendo ocorrido a erradicação da varíola e da poliomielite. Ainda assim, o contexto político desse período foi essencial para o estabelecimento da saúde como direito de todos na Constituição Federal de 1988, ficando clara a necessidade de se estudar a dinâmica ocorrida na sociedade neste período, a partir do ponto de vista dos integrantes dos movimentos sociais relativos à saúde quanto das pessoas comuns que participaram desse período e que, hoje, são idosos. Isso motivou o tema do presente trabalho.

De acordo com Paim (2009: 31), a organização dos serviços de saúde no Brasil, neste período, estava separadas em: por um lado, ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; por outro lado, a saúde do trabalhador, inseridas no Ministério do Trabalho; e, ainda, ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial. A medicina previdenciária, que teve início com as caixas de aposentadorias, viveu uma expansão a partir da década de 1930, quando foram substituídas por vários IAPs (op. cit). Foi criado um instituto para cada categoria de trabalhadores: comerciários (IAPC), bancários (IAPB), industriários (IAPI), marítimos (IAPM), servidores do Estado (Ipase), trabalhadores de transportes e cargas (Iapetec), etc. Todos foram reunidos em 1966 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nesse contexto, somente os brasileiros vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. As pessoas sem esse vínculo deveriam pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios. Diante do fato de a saúde não ser um direito garantido pelo Estado, os indivíduos deveriam ter a responsabilidade sobre sua saúde. Percebe-se, portanto, que embora internacionalmente, o direito à saúde foi divulgado em 1948 com a

criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), demorou 40 anos para que, no Brasil, a saúde se torne um direito social.

Os movimentos pela redemocratização do país eram compostos por diversos atores sociais, os quais estavam preocupados com a reorganização da sociedade após o período da ditadura. O movimento pela reforma sanitária, que era levado por diversos segmentos da saúde, incluindo sanitaristas, que então ocupavam importantes cargos no Estado, buscava a reestruturação e democratização da saúde. As propostas do movimento sanitário foram organizadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual foram estabelecidas as bases para a criação do SUS, que só foi possível pela pressão política do movimento durante a constituinte (FUNASA, 2004).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, então, traz um novo entendimento sobre a saúde, denunciando as faltas e corrupção do setor da saúde vigente e propondo uma mudança absoluta do panorama até então. Essa reorganização deveria ocorrer tanto administrativamente quanto conceitualmente e a ação do setor saúde não deveria ser mais encerrada no eixo assistencial-preventivo, mas deveria passar a ser parte de toda a dinâmica social. Sendo assim, o relatório da Conferência mostra que a importância da participação social não foi negligenciada, uma vez que é colocada não só a importância da população estar trabalhando em conjunto com a gestão desse sistema como também de ela estar envolvida e ciente dessas condições e desses conceitos para o funcionamento ideal do novo sistema de saúde proposto.

Com este trabalho, pretende-se conseguir uma aproximação do entendimento e da vivência de dois idosos - os quais fazem parte de um dos segmentos de maior crescimento populacional nos últimos tempos no país e que cada vez mais se situa de forma participativa nas políticas públicas - sobre a saúde. Espera-se conseguir observar as representações sociais formuladas e vividas por esses dois indivíduos que expressem seu entendimento sobre o direito à saúde e que se possa fazer um diálogo entre essas representações e o direito que o Estado visa garantir. Por meio dessa análise, espera-se abrir uma discussão sobre a efetividade das políticas públicas de saúde, incluindo o próprio SUS, e sua capacidade de modificar e se tornar presente na vida dos usuários do sistema.

4. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Este trabalho está baseado no método etnográfico, o qual pretende realizar uma descrição densa da realidade social em tela (GEERTZ 1989). A proposta é realizar uma análise a partir da história de vida de dois idosos, sobre seus processos de envelhecimento, sobre a experiência de viver, sentir, pensar esses processos, tendo como pano de fundo a saúde. Entende-se, aqui, que a velhice, assim como outras fases da vida, não é adquirida, mas sim construída e reconstruída pela pessoa que a vive e a partir do contexto social, econômico e política em que vive (VIEIRA 2007). Sendo assim, essa experiência não é homogênea, mas reflete idiossincrasias, diferentes escolhas tomadas e caminhos seguidos. Por conseguinte, este trabalho não pretende buscar a representatividade numérica sobre como são os idosos da Samambaia, mas pretende sim analisar como dois idosos que, hoje, se encontram em Samambaia, vivem e viveram a experiência de se tornar idoso em sua trajetória biográfica. De acordo com Vieira (2007), tal trajetória é marcada pelas possibilidades ou recursos encontrados ou condições materiais existentes e por uma busca em dar sentido à vida. Ainda, marca essa trajetória a busca por projetos ou a alternância de escolhas e de opções. Assim, busca-se um equilíbrio entre o que se tem e o que se é para se inventar como idoso e construir sua qualidade de vida.

Para alcançar essas biografias, optou-se por determinadas técnicas de pesquisa voltadas para a abordagem de estudos de caso e biográficos (GOLDENBERG 2011). Tal abordagem foi escolhida com o intuito de tentar alcançar esses fatos sociais da melhor maneira possível, uma vez que, de acordo Goldenberg (op. cit), ela nos permite fazer uma pesquisa profunda e densa adentrando a realidade da sociedade por meio do reflexo de casos individuais. Com relação ao estudo de caso, segundo a autora: “ (...) o termo estudo de caso vem de uma tradição de pesquisa médica e psicológica, na qual se refere a uma análise detalhada de um caso individual que explica a dinâmica e a patologia de uma doença dada”. Assim, estudo de caso é uma análise holística, a mais completa possível, que pretende obter dados sobre um fenômeno por meio de uma pesquisa extensa com poucos indivíduos ao invés da utilização de dados estatísticos.

Por outro lado, cabe enfatizar que a utilização da pesquisa biográfica é ferramenta bastante interessante para o entendimento do contexto e da sociedade na qual os sujeitos pesquisados vivem ou viveram. Goldenberg (2011) argumenta sobre como a estrutura social e histórica pode ser vista refletida nas experiências individuais do sujeito, sendo este como "(...) uma síntese individualizada e ativa de uma sociedade, uma reapropriação singular do universo social e histórico que o envolve". Portanto, levando-se em consideração essa dualidade, uma análise biográfica, ou seja, da história de vida desses indivíduos pode nos mostrar não somente seu entendimento sobre uma situação, no caso desta pesquisa as políticas públicas de saúde brasileiras, como a realidade desta mesma situação ou o contexto onde vivem.

Ainda, segundo Goldenberg (op. cit.), não é possível se ter uma forma padronizada para a realização de um estudo de caso. Isso faz sentido uma vez que essa metodologia focaliza não a média, que poderia ser facilmente obtida por meio de um estudo quantitativo, mas justamente o contexto individual sobre o significado de determinado tema para o pesquisado. Sendo assim, é preciso deixar a zona de conforto do pesquisador, que reside no conhecimento sobre o tema a ser pesquisado, e assumir que o conhecimento está na pessoa que está sendo pesquisada, como afirma Guerra, citada por Vieira (2007: 155).

Portanto, as primeiras entrevistas foram realizadas com o intuito de buscar conhecer suas histórias de vida e suas experiências que se relacionassem com temas relativos à saúde, tais como situações de adoecimento e cura. Também se buscou o entendimento que eles tinham sobre o direito à saúde fazendo-se perguntas sobre o uso de medicamentos, usos dos serviços de saúde e atuação e papel do Estado. Nas entrevistas posteriores, procurou-se estabelecer mais exatamente a realidade na qual envelheceram os sujeitos, tanto temporalmente quanto espacialmente.

Para a realização da pesquisa, então, procurou-se conhecer idosos que tivessem relação entre si e que fossem residentes da cidade de Samambaia, mais especificamente de Samambaia Norte. Dessa forma haveria uma melhor delimitação dos sujeitos a serem pesquisados, uma vez que se entende que as realidades são bastante diversas, mesmo em cidades que são geograficamente próximas, como pode se ouvir no próprio discurso dos entrevistados. Foram selecionados dois idosos, seu José e dona Maria, para serem os sujeitos do caso, cujos nomes são

fictícios. Eles participam de um mesmo grupo de idosos na Samambaia na paróquia nossa senhora aparecida.

Retrato Seu José

O seu José é aposentado do INSS, nasceu em 1945, na cidade de Planaltina, então Goiás. Tem o segundo grau completo, é casado e pai de dois filhos, ambos formados no ensino superior. Depois de Planaltina, passou a morar em Sobradinho até 1989, quando se mudou para Samambaia para realizar o sonho de ter uma casa própria. Atualmente auxilia a coordenação de um grupo de idosos na igreja.

Retrato de Dona Maria

A dona Maria é divorciada e mora em um cômodo separado da casa do filho. Nasceu em 1950, em Fortaleza, Ceará, onde cresceu em uma grande família de boa situação econômica. Não deixou clara sua escolaridade, mas trabalhou lecionando durante muito tempo. Com 25 anos veio morar no Distrito Federal, em Ceilândia, após se casar com o namorado, com o qual se relacionava a distância, que residia no DF. Divorciou-se, após o envolvimento do marido com a bebida, que fez com que ele a abandonasse por outra mulher. (quando veio para Samambaia?) Atualmente ela faz parte do mesmo grupo que João ajuda a coordenar e de mais em um Centro de Saúde perto de sua casa.

5. ESPAÇO-TEMPO NA EXPERIÊNCIA DO ENVELHECIMENTO

As entrevistas resultaram em realidades bastante distintas no que se refere aos modos de vida experimentados ao longo do tempo, não só geograficamente quanto de classe e social. Essa diferenciação tem grande contraste quando se compara suas vidas atuais, no espaço - Samambaia, DF – e tempo atual. Mesmo com a diferenciação do contexto de suas juventudes, a experiência do envelhecimento de ambos os trouxe à situação atual em que se encontram, frequentando o mesmo grupo de idosos. Essas entrevistas tinham como objeto a memória, que é seletiva, conforme Woortmann (1994). Nesse processo de construção da memória seletiva, encontra-se o que deve ser retido e o que deve ser esquecido, a depender do valor que representa para os sujeitos em cada situação. Segundo Woortmann (op. cit), é possível distinguir a memória *de*, que situa o retido do passado no passado, da memória *para*, que projeta o passado no presente. Desse modo, a construção da memória biográfica, apresenta temas que revelam uma memória para e, ao mesmo tempo, outra silenciada pelos sujeitos. A partir desses temas identificados na construção da memória serão feitas análises sobre os contextos sociais a partir dos quais tais temas emergem.

Para essa análise se decidiu mostrar os resultados das entrevistas, ou seja, suas histórias de vida dentro dessa dinâmica espaço/tempo. Primeiro, será abordado o tempo passado, quando cada um vivia em cidades bastante diferentes e depois no processo de mudança para o contexto atual, de uma cidade relativamente jovem de características singulares, a cidade e Samambaia. Os temas analisados serão os seguintes: a experiência com a saúde, o processo de adoecimento e envelhecimento e, também, a percepção do direito a saúde. Primeiramente, é apresentada a história de vida de Dona Maria, sendo traçada sua trajetória de Fortaleza para o Distrito Federal. Nesse último local de moradia, viveu primeiro em Ceilândia, onde passou sua vida adulta, e depois em Samambaia, onde passou a envelhecer e conhecer a “terceira idade”. Em seguida, será apresentada a história de vida de Seu José, natural de Planaltina-DF, viveu nesta cidade enquanto ainda era cidade de Goiás, tendo depois vivido parte de sua vida adulta em Sobradinho e depois se mudando para Samambaia, onde conseguiu a casa própria.

5.1. História de vida: Dona Maria

A história de vida de Dona Maria na forma como ela relata está marcada por dois espaços, relacionados a duas temporalidades, que são marcadas pela vivência de determinados ciclos de vida. Conforme veremos, no discurso de Dona Maria sua vida não segue uma linearidade como se poderia pensar a passagem do tempo e os ciclos de vida, mas ela usa da comparação para tratar desses dois lugares e temporalidades distintas. Assim, ela vai e volta no tempo, estabelecendo um ciclo que reúne seu envelhecimento com o do seu pai. Nesse movimento, ela utiliza também seus filhos e netos em seus ciclos de vida. Desse modo, várias gerações se encontram na análise de Dona Maria, revelando a importância das interações mantidas entre essas gerações como fonte de reflexão, criação da experiência que deve ser vivida. A vida dessa senhora em Fortaleza foi marcada pela relação com o pai e o contexto familiar, onde o envelhecimento é percebido a partir da análise da posição do seu pai em relação com os filhos. Essa relação familiar está presente e é possível vê-la se transformar marcando os ciclos de vida de Dona Maria. Além disso, é possível ver como os serviços de saúde vão sendo percebidos por ela, e por meio dessa percepção, é possível ter uma análise sobre o direito à saúde, conforme previsto na Constituição Federal de 1988. No artigo 196 da CF de 1988, saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”. Quando perguntada sobre a atuação do governo na área da saúde, ela faz uma análise que é possível inferir sobre como ela entende a efetivação do direito à saúde, conforme veremos mais adiante.

5.1.1. Nascimento e juventude em Fortaleza, entre 1950 e 1975: tempo de fartura

A figura paterna, a vida cotidiana e as relações sociais mantidas

Em vários momentos da entrevista, Dona Maria menciona seu relacionamento com seu pai, na infância e adolescência, em Fortaleza. Faz comparações com a maneira como acontece esse relacionamento nas interações mantidas com os filhos

e netos, atualmente. Sua relação com seu pai é posta de forma diferenciada das relações com os demais familiares. O pai é a figura de autoridade, caracterizando um relacionamento bastante verticalizado. Ele centraliza o controle, a disciplina, o respeito e os princípios morais que sua família seguia. Isso pode ser observado nos trechos retirados das entrevistas, quando afirma:

“Eu, por exemplo, fui criada assim, meu pai, chegava na hora do almoço, meu pai sentava primeiro na mesa era ele. Podia está morta de fome, mas minha mãe só deixava sentar depois dele. (...) Namorado ele dizia: ‘pode namorar um atrás do outro, pode ter sete namorados, mas nunca namore na porta do colégio, nunca vá ao cinema sem falar em casa comigo e nunca quero vocês na rua de mãos dadas’”.

Dona Maria, também, conta como, quando havia uma conversa entre seu pai e seus amigos em casa, ela e os irmãos deveriam se manter calados para não interromper os mais velhos, demonstrando mais uma vez a verticalidade no relacionamento entre os mais novos e os mais velhos. Seu pai era o responsável pelas punições quando as regras eram desobedecidas e os demais membros da família o avaliavam com respeito. Assim, na infância, as punições eram duras e as regras rígidas, como no seguinte trecho: “Então, na minha época, a criação, eles batiam na gente, botavam a gente de castigo. Eu te falei que eu fui internada porque eu namorava de ficar na porta, né? ”. Nesse caso, ser “internada” se refere a sua ida para um colégio interno. Seu pai a enviou porque a flagrou desobedecendo, pois namorava em locais públicos.

Ainda assim, ao relatar essa rigidez ela não o faz com ressentimento, mas com respeito e naturalidade. Afirma que por mais duro que seu pai fosse, seus métodos para educá-la eram corretos e que ela e seus irmãos cresceram pra se tornar pessoas boas. Ela diz: “Sinceramente, não tenho o que reclamar dos meus pais. Assim, ele era muito rígido, mas hoje eu agradeço. Hoje eu agradeço. Hoje eu não bebo, hoje eu não farreio, hoje eu não vou pra porta de bar. Entendeu, hoje eu não faço vergonha à família.” A lembrança do seu pai e o relacionamento entre gerações marcam a sua trajetória e o tempo quando era criança e adolescente.

Para tratar dessa relação entre seu pai e ela e seus irmãos, Dona Maria compara como, hoje, há uma proximidade e não mais distanciamento nesta relação. Ele afirma que há uma aproximação entre gerações e associa essa aproximação com a ideia de terceira idade. Atualmente, afirma que não há mais respeito com a pessoa mais velha. De acordo com ela a terceira idade veio para aproximar as

pessoas entre gerações, em uma tentativa de voltar a impor um respeito, mas não em uma relação tão hierarquizada, mais adiante voltaremos a essa discussão da terceira idade quando ela está em Brasília.

Fortaleza é o tempo da fartura, onde não havia muito dinheiro como em Brasília, mas onde se comia bem e vivia-se bem. Assim, ela afirma que possuía uma boa vida, repleta de fartura em uma família rica. Com muito orgulho, ela afirma que: “Eu era rica, tinha babá, tinha tudo. Não comia tomate, não comia couve, era um fogão separado”. Por vezes, se referia à comida relacionando sua dieta tanto com o fato de ser rica quanto de ser saudável, como no trecho a seguir:

“Só comia peixe, não comia carne, nem porco, comia salada, só comia lagosta, tudo que era do mar, nunca comi carne, carne de porco, até hoje eu não como. Mas isso aí não era criação do meu pai, era particularmente eu, não gostava de carne de nada.”

Sua família possuía plantações e mantinha estoques de comida para meses, que ela relaciona tanto ao fato de eles terem muitas posses quanto à facilidade de se conseguir emprego e ao baixo preço dos alimentos. Seu avô trabalhava a terra, possuindo terreno perto da casa para cultivar suas plantações, enquanto seus irmãos conseguiam emprego com facilidade. Ela diz que “em Fortaleza não se ganhava muito, mas pra nós que morava lá era suficiente.” Ela inclusive relata que ao retornar para Fortaleza após ter vivido quatro anos em Brasília, observou que a renda do brasiliense era bem maior, enquanto em Fortaleza, o dinheiro é mais escasso. Na fala dela: “(...) aí foi que eu vi que aqui se ganha mais do que lá. Aqui o dinheiro tinha muito, (...) lá não tinha troco pra 10 reais”. O interessante nesta análise de Dona Maria sobre recursos e condições materiais é que, em Fortaleza, a noção de riqueza não estava na quantidade de dinheiro que se tinha no banco, mas na sua capacidade produtiva na roça a partir do seu trabalho. Essa capacidade produtiva levava a ter alimentos em fartura que vinham da subsistência a partir do trabalho na roça, da pescaria no mar e etc. Assim, neste espaço/tempo, ser rico era conseguir produzir o seu sustento. Quando está em Brasília, a noção de riqueza se transforma e passa a ser ter dinheiro, pois o nível de vida aumenta e sua qualidade de vida diminui, mesmo ganhando mais. Brasília é vista hoje como uma cidade com pessoas que têm a maior renda do país, no entanto, encontra-se também nesta cidade as maiores diferenças salariais. Além disso, estudos mostram que, no DF, as

peças da classe popular ou trabalhadora têm maior salário do país, por exemplo, uma diarista em Brasília ganha muito mais que uma diarista em Fortaleza. Além disso, a diarista, em Brasília, apresenta uma maior quantidade de bens materiais em sua casa, como geladeira, televisão, máquina de lavar etc, do que uma diarista, em Fortaleza. No entanto, conversando com Dona Maria percebemos como essa riqueza e aumento do salário é ilusória, especialmente no que ela entende como qualidade de vida, bem estar e saúde plena, pois ter mais dinheiro aqui não significa ter fartura de alimentos. Uma maior circulação de dinheiro aumenta o custo de vida e você depende da lógica do mercado para sobreviver, da compra permanente de produtos. Em Fortaleza, vivia-se da subsistência e, muitas vezes, da troca de alimentos em uma rede de sociabilidade que se instaurava entre familiares e vizinhos. Assim, vigorava a dádiva, nos termos de Mauss, o dom de dar, receber e distribuir, que levava a fartura. Sua narrativa sobre a sua juventude em Fortaleza é bem nostálgica e expressiva nesse ponto, sendo um assunto que ela retornava com frequência.

Em Fortaleza, as brincadeiras e os relacionamentos amorosos eram muito diferentes. Na sua narração se entende que na época existia uma inocência maior, que era refletida na maneira como as pessoas vivam, se divertiam, e tinham seus relacionamentos amorosos. Nessa época, existia um cuidado e um capricho maior, segundo o que ela conta. Ela diz: “Naquela época se usava flores, o namorado levava flores, caixinha de bombom, fazia serenata”. Essas ações eram o que seria esperado de um bom relacionamento no namoro, tanto que seu pai a ajudava nas serenatas que ela fazia para seus namorados, tocando violão enquanto ela tocava o acordeão. Ela diz com bastante nostalgia que essa foi uma época maravilhosa da vida dela.

Ela, também, conta sobre brincadeiras que elas faziam e as histórias que contavam. Na sua narração percebe-se que apesar de já existir a televisão, e de sua família possuir uma, este não era o principal meio de diversão. Muitas histórias eram contadas em volta da fogueira, assim como esse também era um local para realização de brincadeiras. Sua avó contava histórias que ela chamava de prosa. Ela disse: “E naquela época em Fortaleza se usava muito aquelas prosas a gente tinha prosa. Contava história de Saci-Pererê. Hoje a coisa é diferente. Contava aquela história de Saci-Pererê, contava aquela história do cavalo-sem-rabo”. Também

faziam simpatias que tinham relações com a religião, como amarrar uma fita envolta de uma estátua de santo Antônio, o santo casamenteiro, para conseguir marido.

Era outro tempo quando as relações sociais eram amplas entre parentes e vizinhos e a diversão, os momentos de lazer - elementos importantes em uma dimensão de saúde - eram vividos nas relações sociais. Conforme veremos, em Brasília, essa vivência de relações sociais se dá em grupos de terceira idade, esses grupos passam a ocupar os espaços socialização, os quais são terapêuticos.

A vida em Fortaleza: as condições de saúde plena e os itinerários terapêuticos nas práticas populares

Percebe-se, portanto, a ênfase dada por Dona Maria sobre sua vida em Fortaleza e durante as perguntas sobre sua saúde foi a de como sua juventude foi saudável. Ela não conhecia as doenças por experiência, assim, quando pessoas que ela conhecia se sentiam mal, ela não entendia o que acontecia. Ela explica: “Que aí eu te digo que eu até mangava, que eu não sabia o que era dor de cabeça. Achava, no meu pensamento, que era que a cabeça, era a cabeça toda dolorida, né. Hoje, eu sei o que é dor de cabeça, o que é que eu sinto né”. Ela até mesmo diz que chegou a duvidar de suas irmãs ou tias quando elas diziam que se sentiam mal, porque ela não sabia o que era doença. Achava que elas estavam “fazendo dengo”.

Ela também explica que sua saúde era mantida pela sua boa alimentação, focada nos frutos do mar que eram servidos frescos todos os dias e no clima da cidade, com o qual ela se sentia muito bem. Mesmo as pessoas que a cercavam estavam livres de doenças comuns, com a exceção de sua tia, que ela disse lembrar dela sentindo dores de cabeça ocasionais. No entanto, afirma que não se lembra de seus pais ou seu avô terem necessitado de auxílio ou irem a médicos.

Dona Maria explica então que, com os problemas de doença sendo tão escassos, eles dificilmente faziam uso de medicamentos. Assim, avalia que por ser moça e nunca ter sofrido nada, nunca se interessou muito sobre questões de doenças ou remédios.

Recorda que, na maioria das vezes, a figura com que se contava no caso de algum mal-estar ou desconforto era sua avó. Essa atuava como terapeuta familiar e com um saber construído no meio popular, assim, fazia os remédios caseiros e cuidava das feridas e dos desconfortos, enquanto também preparava medicamentos para evitar que Dona Maria e seus irmãos ficassem doentes. Ela faz a relação sobre

como, nesta época, vários remédios eram feitos em casa e como, atualmente, os remédios para os mesmo males são vendidos em farmácias. Isso pode ser exemplificado em sua seguinte fala:

“Não, minha avó. Que moça, naquela época, né, moça não se liga nisso, né. Mas eu prestava atenção. Ela colocava farinha num copo de vidro, botava água, aí botava no sereno e quando era de manha a gente bebia em jejum, para o sangue. Que diz ela era para o sangue, pra a gente ficar bom, que realmente a gente nunca adoeceu. Tinha também a que ela lavava o arroz, daí mal saía aquela massa do arroz, aquela massinha que ficava, ela mandava a gente passar no rosto. Que dava espinha, né. Hoje não, hoje a gente vê na televisão pomada pra espinha. Naquela época não, o tratamento da gente era aquela massinha que você lavava o arroz, que era aquela massinha branca, passava no rosto. Ficava ali quietinha uma hora. Depois lavava, a pele da gente ficava bem limpinha e não criava a espinha. O que usava era isso, né.

Ela também conta que as parteiras eram personagens constantes, faziam parte de suas vidas em Fortaleza, apesar de ela ter conhecido pouco sobre elas devido a sua pouca idade. Mas recorda que no nascimento de alguns de seus irmãos, sua avó falava que uma pessoa, a parteira, viria para ajudar sua mãe a ter os bebês, porque os partos eram feitos em casa. As pessoas, então, aguardavam em um quarto a notícia do nascimento do bebê, que quando chegava era comemorado por todos.

Sobre experiências de adoecimento que vivenciou, recorda que, em uma ocasião, aos 23 anos, teve que ser internada por causa de uma apendicite e fez uma cirurgia. Ela, no entanto, não dá muita importância à história enquanto a conta, fazendo com que parecesse um caso simples. Não explica muito bem como foi a experiência no hospital, mas narra mais detalhadamente o início dos sintomas. Ela conta:

“(…) só me lembro de uma vez, quando eu tava com os meus 23 anos, me deu uma dor muito forte no pé da barriga, aí minha perna adormeceu, ficou dormente aí fui pro quarto, cortei com a gilete bem aqui no joelho, pra ver o que tava acontecendo né, e eu não sentia a perna. Aí chamei minha mãe. Vixe foi uma confusão. Falaram que eu tinha me cortado com a gilete, que tava ficando doída.

Quando chegou lá era apendicite, e fiz a cirurgia de apendicite, pronto.”

Fora esse caso, ela não relata outra doença que tenha-a acometido antes da viagem para o Distrito Federal. Provavelmente, Dona Maria foi internada em casas filantrópicas ou instituições estaduais ou municipais, caso existissem, que cuidavam da saúde das pessoas, neste período. De acordo, com Paim (2010), as pessoas sem vínculos trabalhistas deveriam pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios.

Ao ser questionada sobre doenças graves na família ela, então, conta as histórias de como sua mãe e avó morreram. Sua avó, já bem idosa, sofreu um acidente doméstico que resultou na perda das duas pernas. Assim, sua avó vivenciou um processo de adoecimento intenso, que ela avalia que a fez começar a morrer quando ficou acamada, uma vez que, sendo uma pessoa muito ativa, por ter sido impossibilitada de continuar com suas atividades, ela havia simplesmente começado a morrer. Ela explica que hoje ela entende que sua avó sofreu de depressão, mas na época eles não sabiam. Por sua vez, sua mãe, também, morreu de câncer. Ela explica que na época acreditaram que sua doença teve o câncer devido a um incidente ocorrido, que ela descreve da seguinte maneira:

“Meus irmãos estavam brincando e na brincadeira eles se zangaram, né. E da brincadeira partiu pra uma raiva, uma briga mesmo. Mas era assim, uma briga razoável e minha mãe foi entrar no meio. E aí meu irmão sem querer bateu o cotovelo no peito dela. Todo mundo naquela época acreditava que deu câncer no peito da minha mãe devido à pancada que ela levou.”

Hoje, Dona Maria analisa que o câncer não havia sido resultado da pancada no peito, mas na época era o que todos acreditaram. Depois de anos é que ela foi sentir dores e inchaço no peito, o que a levou a buscar o diagnóstico.

Em todo o relato de Dona Maria, em Fortaleza, no que tange a saúde, tema abordado nas entrevistas, a presença do Estado é mínima, as pessoas tinham suas práticas terapêuticas e de cuidado, que aconteciam ao largo de qualquer ação governamental. O saber médico científico, assim como o Estado, só aparecem quando recorda dos casos de sua tia, que sofria de dores de cabeça constante, e de

sua mãe e avó, que morreram de câncer. No caso dessas enfermidades, foram desencadeados itinerários terapêuticos, isto é, a busca por cuidados, para além dos cuidadores populares, assim, buscou-se ajuda médica científica e do uso de medicamentos. De acordo com Gerhardt (2006), o termo itinerário terapêutico significa a busca por cuidados terapêuticos e procura descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde. A partir do surgimento de um ou mais sintomas físicos ou psíquicos e de seu reconhecimento como tal, o indivíduo se encontra frente a uma rede complexa de escolhas possíveis. Os processos de escolha a determinadas formas de tratamento são complexos e difíceis de serem apreendidos se não for levado em conta o contexto dentro do qual o indivíduo está inserido, sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis ou não em termos de cuidados em saúde para as pessoas.

Os médicos, em Fortaleza, não dispunham de equipamento para ser feito diagnóstico, razão pela qual sua mãe teve de viajar para São Paulo para saber que estava com câncer. Sobre essa relação com o Estado no âmbito da saúde, conforme vimos em capítulo anterior, o direito à saúde ainda não estava posto neste período, assim, a responsabilidade sobre a saúde dos indivíduos era dos próprios indivíduos. Dona Maria, também, não vivenciou qualquer tipo de campanha de vacinação ou de outro tipo. Cabe ressaltar que Dona Maria e qualquer um dos seus familiares também não eram trabalhadores inseridos nas práticas de medicina previdenciária, das caixas de aposentadoria.

Vida em Fortaleza: o processo de adoecimento

A vida do idoso era bastante diferente de hoje, na análise de Dona Maria. Na época, ela afirma que não existia essa história de terceira idade. Dona Maria lembra que as pessoas adultas, mais velhas, eram as que tinham mais de 40 anos e eram vistas como idosas. É possível perceber na fala de Dona Maria que as palavras idoso e terceira idade passaram a ser conhecidas após sua vinda em Brasília, ou seja, após 1988, quando essas políticas passaram a ser empregadas. Como vimos em capítulo anterior, de acordo com Debert (1996), o termo “terceira idade” foi criado, na França, na década 1970. As políticas para os idosos passam a ser

realizadas e serem foco de ações estatais, após esse período e, no Brasil, aguardou a criação do SUS.

Nesse sentido, diante da ausência da responsabilidade estatal com relação à saúde, os velhos, em Fortaleza, cuidavam de si. Então, na análise de Dona Maria, os idosos tinham amigos entre conhecidos nas igrejas, familiares e os próprios vizinhos. Eles não possuíam ajuda externa ou de médicos, mas a encontravam entre si mesmos, nas suas redes de sociabilidade. Na fala de Dona Maria, a igreja era o local onde se encontravam, onde via essa rede de sociabilidade do cuidado acontecer, ela via a forma como os idosos eram unidos por um sentimento empático e eram carinhosos entre si. A simplicidade e a baixa criminalidade da época permitiam que as pessoas fossem mais sociáveis e passassem mais tempo em companhia uns dos outros. Ela conta: “Naquela época a gente botava até cadeira na calçada de noite, que naquela época não era tão perigoso quanto agora. (...) e aí os vizinho, os donos da casa tudo sentava ali pra a gente conversar, né.”

As pessoas e os idosos tinham uma rede social expressiva em uma vizinhança. Todos se conheciam e mantinham contato constante. Trocavam comida como forma de interação social e manutenção da união. Ela também diz que os idosos eram figuras de respeito para os jovens na época. Os jovens prontamente ofereciam seus lugares em ônibus para pessoas mais velhas, como sua mãe e sua avó, também, a tinham educado a fazer. Ela ter crescido nesse ambiente de grande respeito aos idosos faz com que ela tenha grande estima pelas pessoas idosas.

5.1.2. Amadurecimento em Ceilândia entre 1975 e 2005: encontro com outras redes de relações sociais

Vida em Brasília: os primeiros anos como tempos difíceis e a experiência do adoecimento

Dona Maria veio para Brasília porque decidiu se casar com o namorado com o qual ela se correspondia por carta há anos. Ela o havia conhecido durante uma viagem a passeio para Brasília quando era adolescente. Aos 25 anos ela veio morar no Distrito Federal. Ela morava com a irmã quando se inscreveu no conjunto Ceará,

em seguida, ela conseguiu a casa em Ceilândia. No começo houve um estranhamento grande, principalmente com o clima, bem mais frio que o clima em Fortaleza. A cidade também era diferente, com ruas largas, enquanto Fortaleza possuía ruas estreitas.

A vida era boa, mesmo com as dificuldades. O tempo não era de fartura, ocorreram perdas, assim, começaram bastante humildes, só tinham os presentes que haviam recebido do casamento e a casa nova. Dona Maria teve bastante dificuldade de conseguir emprego. Ela lecionava em Fortaleza e achou, inicialmente, que poderia pedir transferência para o DF, mas não pôde, o que a forçou a ter que trabalhar em escolas particulares. Conforme ela mesma afirmou, tinha muita estima pelo seu marido e estava feliz com a decisão do casamento. Começaram a melhorar de vida quando ele entrou na Terracap (Companhia Imobiliária de Brasília). Tiveram três filhos, sendo que a primeira ela perdeu.

Com a vinda para Brasília, muitos de seus hábitos e costumes alimentares mudaram. Isso, aliado ao novo clima, são as principais razões que Maria diz para o começo de sua nova experiência com o adoecimento. Ela diz: “Quando cheguei aqui, aí entrei na carne. Se bem que eu não sei se foi a carne, mas automaticamente meu organismo chocou, né. Com o passar do tempo comecei a adoecer. Entendeu, me senti assim fraca, não me sentia bem”. Ela não podia manter a alimentação baseada em peixes porque eles são mais caros em Ceilândia, além de possuírem qualidade inferior. Ela não acusa somente o consumo de carne como, também, o fato de ter que comer comida requentada e feita em outros lugares, além de comer em lanchonetes e restaurantes, enquanto trabalhava.

De acordo com ela, o clima de Brasília, também, teve grande participação em seu processo de adoecimento. Ela fala que a “frieza” que se tem à noite ou no período chuvoso do DF eram desconhecidos para ela, bem como essa variação constante de temperatura. Em Fortaleza, havia apenas um clima, mesmo quando chovia, não havia essa queda brusca de temperatura. Ela, então, passa a ter tosse e outros problemas respiratórios sazonais, bem como sinusite. Assim, Dona Maria passou a vivenciar o processo de adoecimento, que afirmou nunca ter vivenciado antes. Ela também sofreu um acidente com um raio que atingiu o telefone, quando conversava, o que a deixou com grave deficiência auditiva. Ela conta:

“fui deixar meus filhos no colégio, quando eu voltei... nessa época eu já tinha dois filhos. Os filhos que eu tenho. Quando eu fui entrando em casa... eu fui deixar e vim a pé, toda molhada. Quando eu fui entrando em casa o telefone toca. Eu morava na M norte. Quando o telefone toca eu atendo, que eu disse alô. Aí deu aquele trovão. Eu escutei um trovão, né. Aí minha língua começou a pesar e o telefone grudou no meu ouvido, né. E minha língua querendo embolar. E a minha sobrinha que tava comigo, ao invés dela tirar da tomada ela pegou um cabo de vassoura e puxou o telefone. E eu desmaiei, fui pro hospital. E aí daquela época pra cá fiquei moca. Totalmente moca. O aparelho foi pro lixo, todo todo preto, por causa do relâmpago, né. Fiquei e até hoje eu uso dois aparelho né. Comprei. O meu marido comprou, naquela época o governo não dava né. Hoje o governo dá, né, os aparelho.”

Esses foram os principais problemas que ela sentiu, os quais mais necessitaram de auxílio médico. Ela disse que teve muitos adoecimentos sem importância, que eram novidade pra ela e que se curavam sozinhos. Ela, também, diz que não gostava do atendimento médico da época, do qual mesmo fazendo pouco uso ela tinha muita dificuldade quando precisava. Ela dá o exemplo no caso quando perdeu sua filha, pois não conseguiu fazer o pré-natal dela por falta de vagas. Percebe-se, portanto, que, no Distrito Federal, Dona Maria passa a viver fora da sua rede familiar e de vizinhança, pois os familiares eram poucos, havia somente uma irmã. Assim, passou a depender mais dos cuidados médicos, os quais eram escassos. Sem esse contato com familiares cuidadores, pois, ainda estava construindo suas redes de relações sociais, Dona Maria teve muitas dificuldades no cuidado da sua saúde. Essa rede de cuidado familiar, no caso de Dona Maria, revela sua importância no auxílio e tomada de decisões com relação à saúde. De acordo com Gerhardt (2006), decidir sobre quando, onde e qual profissional procurar são ações desencadeadas nos itinerários terapêuticos dos sujeitos e envolvem pessoas da rede familiar e de vizinhança. Assim, essa rede de apoio não deve ser desconsiderada.

De acordo com Dona Maria, o primeiro grande problema que ocorreu em sua nova vida foi o incidente que a levou a parar de lecionar. Esse incidente foi duplamente importante, porque atrasou bastante sua vida uma vez que ela perdeu muito do que tinha conseguido ao longo dos anos e também por tê-la impedido de

continuar lecionando. Em toda a sua fala, percebe-se ela tinha muito orgulho de sua profissão e que lecionar em Brasília sempre foi um desejo importante para ela. Em sua própria narrativa o que ocorreu foi:

“Eu lecionava de manhã, de tarde e de noite. Quando eu cheguei ele (o filho) chorava muito, gritava. Chorava, chorava, chorava. Eu balançava, eu dava de mamá, e eu não sabia o que... aí eu digo não, Helena, que era a babá, eu vou levar ele no pronto socorro. Eu levei, quando eu cheguei lá o médico tirou a roupinha dele todinha e tinha uma marca de dente bem aqui perto da virilha dele, né. A empregada deu uma dentada, né. E aí o médico falou: ó, você pega essa pomada e vai correndo e bota essa mulher na cadeia. E aí eu vim correndo e quando eu cheguei em casa não tinha nada. Nada! Foi fração assim, enquanto eu fui no hospital, atendida e voltei, ela carregou prato, panela, colher, carregou tudo. Deixou só os móveis que não deu pra levar. Tudo, o que escapou é o que tava comigo, minha bolsa, minha roupa. Eu acho que ela estava, premeditando tudo direitinho já.”

Aos poucos eles recuperaram o que fora perdido. Mesmo com Maria deixando de lecionar para se dedicar a cuidar de seus filhos, seu marido passou a ganhar bem no trabalho na Terracap. Ela afirma que sua vida era boa. As coisas começaram a ficar ruins de novo quando seu marido passou a frequentar bares por causa dos amigos. Ele começou, então, a beber, ato que desperta bastante aversão por parte de Maria. Ela explicou que seu pai dizia que a bebida era ruim e não permitia a presença dele de forma alguma em casa. Afirma que nem mesmo o biotômico Fontoura seu pai permitia que tivesse em casa. Isso era devido ao fato de, em sua família, haver o histórico de alcoolismo. Assim, seu pai tentava impedir que ocorresse novamente em com seus filhos.

Mesmo assim, Dona Maria afirma que conviveu com esse hábito, da bebida, do marido por muitos anos, até que com trinta anos de casamento ele a abandonou por outra mulher. Ela explica: “Com 30 anos de casado ele conheceu uma mulher, dona de bar, aí ele se apaixonou por ela, porque era exatamente o que ele gostava”. Eles então se divorciaram e, a metade dos bens de Dona Maria, ela deu para seus dois filhos, com o intuito que comprassem uma nova casa para eles morarem. Ela disse que passou por momentos difíceis e que sofreu uma grande depressão. A sua

situação ficou bem difícil, nessa época, tendo que depender de seus filhos, uma vez que não podia se aposentar por não ter conseguido trabalhar para o governo.

5.1.3. Envelhecimento em Samambaia entre 2005 e 2013.

Vinda para Samambaia: novo arranjo familiar e a terceira idade

A mudança de Maria pra Samambaia ocorreu principalmente por causa do seu divórcio que a forçou a se mudar de Ceilândia. Então, seu filho comprou a casa atual em que ela mora com o dinheiro recebido do divórcio. Assim, ela explica que: “Eles deram uma entradinha numa casinha, aqui, na Samambaia. E eu sempre pedi a Deus que um dos dois pegasse uma casa que tivesse dois cômodos só pra mim. Que me dessem essa graça e essa carona, né.” Ela ainda afirma que sempre imaginou ter uma casa que estivesse atrás de uma igreja e, de fato, ela atualmente mora em seus dois cômodos, atrás de uma igreja. Dona Maria deu a entrada na casa e seus dois filhos continuaram pagando as parcelas.

Com esse novo arranjo familiar de ter em uma mesma casa a família dos dois filhos, provocado pelo dinheiro do divórcio, as relações ficaram tensas, os dois irmãos brigavam muito. Em um dado momento, um dos filhos comprou um apartamento em Samambaia e se mudou. Dona Maria não era aceita pelas noras de seus filhos, no entanto, sem poder abandonar a mãe, principalmente por ela ter dado entrada na casa, então, construíram os dois cômodos, onde vive Dona Maria, separado do resto da casa. Dessa forma, sua casa está no mesmo terreno da casa do filho, mas é separada pelo muro.

Sua família é, atualmente, composta pelos dois filhos, um de 35 anos e outro com 33 anos, as duas noras e 4 netos. Em sua própria fala: “São filhos maravilhosos, trabalhadores, não têm vícios. São muito... amam muito as esposas, são muito dedicados. Têm os seus erros, suas falhas, que todo jovem tem, como as esposas também...”. Ela sempre demonstra orgulho e afeto por seus filhos e netos. Ela mantém contato sempre que possível com eles, sendo que todo fim de mês ela tem o costume de se reunir, com os filhos, em um dia, e com as noras, em outro, para o que ela chama de “diálogo”. Esse diálogo é uma maneira de ela ficar

atualizada no ocorre na vida de seus filhos e também de lhes ajudar, prestar auxílio e desabafar, sendo que o contrário também acontece. Ela diz: “A gente tem sempre esse dialogozinho, né. E eu vou levando e elas (as notas) vai vomitando né. E no que vomita, né, vai aliviando lá dentro e a gente vai conversando, batendo papo, procurando uma saída, uma maneira de viver”. Dona Maria tentou construir por meio do “diálogo” a rede de apoio familiar que tinha em Fortaleza. Ele produz momentos de troca de experiências, convivência entre os familiares, onde problemas e soluções para os problemas são encontrados.

Ao ser questionada sobre a terceira idade ela explica que a primeira vez que ela ouvira falar dessa expressão foi em Samambaia, no centro de saúde que ela frequenta, durante uma consulta. Disseram a ela que haveria uma reunião do grupo da terceira idade, caso ela desejasse participar, e explicaram pra ela que a terceira idade são pessoas a partir de 60 anos. Dona Maria discorre sobre o que é fazer parte da terceira idade, enfatizando a carência de afetividade e de relações sociais. Acredita que a terceira idade não deve ser vivida passivamente, aguardando essa afetividade chegar, mas que deve ser ativa. Os idosos devem buscar os mais jovens e construir suas relações e afetividades. O problema é que o jovem, muitas vezes, é fechado para isso devido principalmente às diferenças de costume. Na percepção de Dona Maria sobre o envelhecimento, percebe-se as perdas são impostas por outros que deixam de se relacionar e incluir os idosos, mas há meios do idoso modificar essa situação. Quando se refere à terceira idade afirma que essa foi criada para aproximar as pessoas, os jovens e outros idosos. A ideia de terceira idade está vinculada aos grupos nos postos, na igreja, de idosos que parecem reconstituir a vida dos idosos que via acontecer em Fortaleza sem a participação e fomento de instituições.

A terceira idade é, então, uma nova forma de relacionamento que os idosos têm disponível, tanto entre si quanto com os mais jovens. Em seu grupo da terceira idade ela tem a chance de poder cultivar amizades e ter novas experiências em sua velhice. Ela conta como são geralmente essas reuniões:

“E toda terça feira a gente reúne, os idosos têm dias que vêm 25, têm dias que vêm 30, têm dias que têm 10, né. Aí a gente faz aquela brincadeira, a gente brinca, a gente dança, é partilha, a gente tira de dentro o que está abafado

ali né. E outra vezes está com o mesmo problema, e uma colega minha da uma palavra de força na hora, os idosos entende os idosos, os jovens é que se assanham né. Aí depois a gente faz um lanchezinho que a gente leva, cada uma leva uma coisa, refrigerante, o outro uma fruta, e a gente faz uma confraternização toda terça feira, e depois a gente vai embora e a doutora fica lá, e ela ajuda muito, muito muito muito e eu tenho ela assim não só como terapêutica mas também como uma psicóloga, e além, assim, de uma grande amiga e ela se coloca assim como um forte. Ela nunca olhou nossos pecados e a gente pelo menos eu sou uma delas, gosto muito da Cristiane, Marinalda, lá do posto de saúde que é maravilhoso. Não sei se têm por aí, mas o daqui da Samambaia tem, é maravilhoso, ajuda muito mas muito a gente aqui. Eu toco acordeom, aí eu toco aquela música do Luiz Gonzaga. Às vezes eu levo pra lá e eu toco, e elas dança, baixim ali na sala, as vezes a gente canta e assim quando a gente vem para casa, a gente vem de alma lavada. E toda terça a gente faz reunião, a gente mais leve, uma abraça a outra beija, feliz e pula, a gente faz uma gracinha a gente se trata uma a outra como criança e acho que é isso que a terceira idade necessita.”

Contextualizando a vida e Dona Maria, o Sistema Único de Saúde, já está montado, e a ênfase dada na promoção da saúde. Agora, nesse momento da sua vida, os serviços de saúde aparecem de forma mais nítida e impactando sua vida. Antes, em Fortaleza, Dona Maria tinha as relações familiares fornecendo uma rede de apoio e cuidado; depois, em Ceilândia, ela sente a falta dessa rede e tenta construí-la com sua familiar nuclear, e o Estado está ausente nesse processo; em seguida, ela encontra essa rede fomentada pelos serviços de saúde, o que lhe dá conforto e acaba por ser terapêutica. A vida de Dona Maria nos mostra esse desenrolar da atenção à saúde e os novos arranjos familiares, especialmente nessas cidades do Distrito Federal que foram construídas em pouco tempo e acompanhou o processo de envelhecimento das pessoas que aí viveram e construíram essas cidades.

Dona Maria, quando analisa sua situação de envelhecimento e a terceira idade, afirma a necessidade de relação com os jovens e dos jovens abrirem espaço para a aproximação dos que fazem parte da terceira idade. De acordo com ela, o jovem precisa ter paciência para que o relacionamento funcione. Isso traz felicidade para as pessoas da terceira idade, receber esse afeto e atenção do jovem e também

poder ajudá-los com sua maior experiência de vida. Ela diz: “Eu particularmente quero que meus filhos na terceira idade me considerem bem jovem, não pela vaidade né, jovem assim pra eu poder chegar até eles.” Isso é a terceira idade pra Dona Maria. Assim, ela pontua como perdas e ganhos do processo de envelhecimento os vínculos e relações mantidas pelas pessoas. Essas narrativas sobre o envelhecimento são importantes para perceber como esses sujeitos não são homogêneos e encaram o envelhecimento de maneiras semelhantes. Dona Maria viveu em um contexto social, em Fortaleza, que se aproxima do meio rural e de cidades do interior do Brasil, onde, na literatura, percebe-se a importância das redes de relações sociais, de solidariedade na vida dos sujeitos (Cardoso 2011). Em outros contextos outros elementos são valorizados, por exemplo, Goldenberg (2011), em seus estudos sobre o envelhecimento no Rio de Janeiro revela outro quadro, onde os idosos sentem a perda da juventude, da vida sexual, em uma sociedade que valoriza o corpo jovem. No caso de Dona Maria, essas são questões não enfatizadas por ela, mas ao longo da sua narrativa biográfica, sua memória seleciona o que lhe é e foi significativo nos contextos de socialização.

Assim, em sua narrativa, Dona Maria se revela uma grande observadora da vida social, ou melhor das relações sociais. A principal palavra que Dona Maria usa para os costumes novos de atualmente é a liberalidade. Essa liberalidade é a quebra dos costumes e das regras. Hoje, de acordo com ela, se pode fazer quase tudo, enquanto, antigamente, nos tempos de Fortaleza, existiam regras sociais que regiam os comportamentos. Ela coloca isso em diversos trechos, como: “Tanto que as meninas hoje, não precisam comprar 2 ou 3 metros de panos pra fazer uma saia, basta um pedaço pra fazer uma saia, né. Fica tudo do lado de fora.” e “Hoje não, hoje, a mulher trabalha fora, deixa os filhos com empregada, né.” Ela fala de um tempo onde as mães podiam ficar em casa educando os filhos enquanto os pais trabalhavam para conseguirem dinheiro para o sustento da casa. As dificuldades econômicas e uma vida onde o básico é cada vez mais escasso levam essas mulheres a terem de trabalhar enquanto os filhos são educados por estranhos. De acordo com Dona Maria, muitos resultados relativos a perda das relações sociais vêm disso, como, por exemplo, a falta daquela relação de respeito que existia em sua casa. Ela diz: “Começa pelos pais, são liberais. Os filhos vão e imitam os pais”.

Ela fala também da falta da “meiguice” dos jovens atualmente, sendo que eles estariam mal por causa desses novos costumes. Trata da falta de valores familiares que levam a um mundo cada vez mais triste. Afirma o papel da televisão, por mais que mostre coisas boas, também, mostra e ensina coisas ruins, como formas de conjugues se enganarem e de filhos enganarem seus pais. Outro ponto levantado por Dona Maria é a relação de proximidade entre os vizinhos que existia em Fortaleza, na sua juventude, não existe mais atualmente, pois as pessoas estão, cada vez mais, vivendo isoladas em apartamentos e com medo da crescente criminalidade. Tudo isso ela fala com pesar. Assim, o envelhecimento para Dona Maria apresenta perdas, mas essas são das relações sociais.

Vida atual

Então, Dona Maria segue, atualmente, sua vida se dedicando às amizades que cultiva com outros idosos nas reuniões no centro de saúde e no grupo de educação física na igreja e sua relação com a família. Quando sente vontade paga para poder malhar e faz ginástica como uma maneira de manter o corpo e a mente sãos. Também, frequenta festas acompanhada de sua família onde dança e se diverte. Ela afirma:

“(...) vou pras festas com meus filhos. Danço a noite toda. A noite toda na Coca-Cola, porque eu não bebo. E quem se diverte mais sou eu, porque não bebo, né. Danço a noite todinha, aí vou jantar fora com os meus filhos, vou almoçar. Meus netos vem dormir aqui, eu vou dormir na casa da minha nora.”

Suas relações sociais são as coisas que figuram no primeiro lugar quando ela trata das coisas que gosta, que sente carência e que busca melhorar. Ela fala de sua relação com os idosos, de como também sua vida é diferente de outros idosos devido a essas relações sociais que ela cultiva. Ela fala de maneira afetuosa e respeitosa daqueles que são mais velhos do que ela e que, mesmo ela sendo idosa, ela tem muito aprender com pessoas mais velhas.

5.1.4. Concepções de saúde, adoecimento e direito à saúde.

Quando questionada sobre o que seria a doença ela fala muito sobre as causas e a maneira como ela se manifesta, assim, para ela, a doença pode ter tanto causas físicas como mentais ou espirituais. Ela afirma que a doença muitas vezes tem sua causa como consequência das próprias ações do homem, da forma como ele age e daquilo que ele consome. Trata do estresse, da preocupação, da ansiedade, como agentes causadores de doença e mal estar. Ela fala do exagero que as pessoas fazem com seus corpos, desgastando-os muito, como também causa da doença, fazendo a analogia com um carro que fica sem gasolina. Ela conta como as nossas ações dizem se vamos conseguir saúde ou doença. Como exemplo ela fala do esforço físico:

“Mas também se procurar doença a gente acha. Como antes de você aparecer, aí eu fui andar de skate com meus netos, né. Uma boa, foi legal, e outro dia quando fui subir e avancei no sinal, aí eu digo eita como eu estou poderosa (risos), aí bum! uma queda parou. Fiquei ruim daqui, das perna. E a educação física foi me ajudando né, o professor ficou fazendo aquilo na educação física, não quebrou nada, mas deu um jeito né. Quer dizer, eu procurei né, eu sabia que aquilo era uma aventura né, a idade 63 anos, andar de skate é legal! bacana. No outro dia eu digo, opa perai vamos com calma, mas aí eu fui avante. Estou dando um exemplo...”

Então, no caso, para Dona Maria, uma mesma ação pode significar desfrutar de saúde ou ocasionar uma doença, o que diferencia é se ela é realizada de forma comedida ou intrépida. Sendo assim a doença tem sempre uma causa bem definida na forma como as pessoas vivem e se relacionam. Para Dona Maria, bons relacionamentos e agir com sabedoria trazem saúde, enquanto o contrário traz a doença. A questão dos relacionamentos como determinantes de saúde, apesar de não ter sido abordada diretamente por dona Maria, fica bastante clara em algumas falas, principalmente quando ela comenta sua depressão e a pressão alta. No caso da depressão ela explica como ela surgiu com o divórcio e quando ela passou a morar sozinha. Quanto à hipertensão ela estabelece uma ligação com seus problemas conjugais, como pode-se observar no seguinte trecho:

“Com a separação, que me deu a depressão, deu pressão alta, que não sabia nem o que que era isso. Até que um dia eu senti umas palpitação muito forte, tontura, meu filho me levou no médico e ele disse: você tem pressão alta. Ele colocou aquele aparelho na cintura pra medir, né. Engraçado, assim, minha pressão só subia de madrugada, que era justamente a hora que meu marido chegava bêbado, né. Que eu levantava e ia botar comida pra ele.. e ficava escutando aquelas conversa besta de bêbado, né.”

Ela coloca então como sua separação e os maus hábitos de seu ex-marido a levaram a sofrer de doenças, sendo que de outra forma era provável que ela estivesse saudável.

Ainda dentro da pergunta sobre saúde dona Maria discorre sobre as melhoras que foram realizadas no atendimento médico ao longo do tempo e elogia a ação dos próprios médicos, atualmente. Ela não só comenta sobre as melhoras tecnológicas, que permitem aos médicos tomar melhores decisões, ao contrário do passado quando muitos médicos tinham que realizar diagnósticos baseados em adivinhações e palpites, como fala da melhora na cortesia dos médicos. Os eventos que Dona Maria observou ao longo de sua vida, como o câncer de uma familiar e a morte de sua filha, são elementos que a faz enfatizar a melhora das ações dos médicos por meio de um desenvolvimento tecnológico que não existia. Em vários momentos, durante as entrevistas, ela comenta sobre a cortesia a cuidado que os médicos têm no seu atendimento, demonstrando estar bastante satisfeita com o atendimento. Ainda, assim, ela não generaliza, diz estar ciente que muitas dizem que são mal atendidas enquanto, por outro lado, afirma que isso não acontece com ela hoje em dia.

Quando questionada sobre as ações do governo, tanto antigamente, quando hoje em dia, dona Maria relacionou muito com a questão dos medicamentos, dos seus aparelhos e dos médicos. Uma das primeiras coisas que ela fala é sobre os aparelhos, como na primeira vez que ela sofreu o acidente que ocasionou sua deficiência auditiva seu ex-marido teve que comprar seu aparelho auditivo porque o governo não dava. Hoje em dia, no entanto, o governo dá esses aparelhos, como ela diz. No passado, também, muitos medicamentos ela tinha que comprar, enquanto hoje os que ela não recebe nas farmácias do governo ela obtém desconto, dado pelo governo, nas drogarias perto de casa. Seu discurso tem dois lados, apesar de

ela sempre tender a apreciar as ações do governo. Uma reivindicação que ela faz é que há insuficiência de médicos para suprir a demanda. Apesar de ela dizer que não sofre com o problema das filas ela reconhece que muitos sofrem. Ainda assim, ela mesma já teve consultas remarçadas por falta de médico.

Ela fala do dever do governo ter de prestar essa assistência pautada na necessidade que as pessoas carentes têm. Ela fala principalmente dos problemas de informação, que as pessoas muitas vezes são “ignorantes” daquilo que as está afetando e de como fazer pra melhorar. Ela fala sobre essa demanda por informação muitas vezes sendo suprida por programas de televisão. Com relação à televisão, no que toca a saúde, ela fala positivamente da forma como jornais delatam o que acontece de ruim em hospitais. De forma indireta, ela fala sobre o auxílio ao controle social dispensado pela mídia, ao mostrar o que está acontecendo para as pessoas. Ela diz: “E agora as coisas melhoram porque o DFTV (nome de um programa jornalístico) está entrando até dentro do hospital, né. Mostrando pro povo em que a gente ta votando”.

Quando questionada sobre as necessidades dos mais idosos e se eles adoecem mais, ela fala que isso é ambíguo, que só é verdade em parte. Primeiramente, afirma que os velhos realmente ficam mais fragilizados e seus corpos vão enfraquecendo, o que faz com que eles acabem precisando de mais atenção. Ela usa sua analogia: “E aí aparece problema nas vistas né, e isso e aquilo e por consequência da gente, muito retrabalhada e explorada, e acabou a gasolina, né. A gasolina do carro andar. E tem que tomar remédio”. Em seguida ela explica que também pode ser enganoso pensar que o idoso fica mais doente uma vez que os jovens estão ficando cada vez mais doentes também. Ela demonstra ao falar do problema da AIDS, que afeta muitos jovens e do câncer, também, que começa a afetar tanto jovens quando pessoas idosas.

Ela não nega que os idosos são mais frágeis e precisam de mais cuidado, como os realizados pelas políticas de filas preferenciais. Mas há jovens que, por causa de seus comportamentos ou mesmo por consequência dos comportamentos de seus pais, acabam se tornando doentes, muitas vezes com mais frequência que idosos. Por isso, para Dona Maria, a questão do adoecimento é relativa no que diz respeito à idade. É interessante observar que Dona Maria vê a necessidade maior

de participação e responsabilidade do Estado após o SUS ser criado, ou seja, quando o Estado assumiu essa responsabilidade. Essa participação do Estado transparece, para Dona Maria, na distribuição de medicamentos e aparelhos além de informações. Também, os grupos de “terceira idade” das Unidades Básicas de Saúde, os “postinhos”, e de igrejas tornaram-se, na vida de Dona Maria, locais importantes para a garantia de sua saúde.

5.2. História de vida: seu José.

5.2.1. Infância em Planaltina entre 1945 a 1970: a vida nas fazendas.

Seu José nasceu em 1945 em Planaltina, quando a cidade ainda fazia parte do estado de Goiás. Morava com seu pai, sua mãe, mais oito irmãos, sendo que uma fora adotada pela família. Seu pai, homem analfabeto, trabalhava nas fazendas cuidando do gado e das demais necessidades das fazendas. Sua mãe era dedicada a cuidar dos filhos. Nesse período, o trabalho nas fazendas era constante, com seus pais indo para a cidade somente para fazer compras. Eles moraram nas fazendas até se mudarem para a cidade, quando José era adolescente. A família tinha uma casa própria na cidade de Planaltina.

Seu José se mantém reservado ao falar sobre seu passado durante as entrevistas no que diz respeito ao seu relacionamento com a família. Ele começa a falar a mais quando questionado sobre o relacionamento com pai. Ele diz que nessa época seu relacionamento era bem diferenciado, existindo uma forte relação de respeito pela figura do pai. E quando se comportavam mal, havia castigos e punições físicas. Observa-se novamente um relacionamento paternal de característica bastante vertical, com o pai existindo como autoridade. Assim, Seu José afirma com relação ao pai: “É muito diferente, né. Porque antigamente parece-me que as pessoas tinham mais respeito, com os pais né. É, bastava um olhar do pai e a pessoa já entendia o que queria né. Respeito é a gente não dizia palavras ásperas para os pais, né. Porque ele tinha que ser tratado com muito cuidado.” Seu pai era uma figura que inspirava tanto respeito em gestos e palavras e com sua presença, que os filhos entendiam suas regras. Seu José lamenta a perda desse

respeito nos dias atuais nas relações entre pais e filhos, o que inclui a relação com os idosos, semelhante ao que afirmou Dona Maria. Assim, os dois apontam para o processo de deterioração das relações sociais mantidas entre jovens-velhos.

Com relação aos cuidados terapêuticos em Planaltina, Seu José relembra que seus pais e avós comentavam que para se conseguir ajuda de um médico era necessário pagar médicos particulares e viajar para centros urbanos maiores, como Goiânia e Anápolis. Nesse contexto, semelhante ao de Dona Maria, do meio rural e de cidades do interior, as pessoas cuidam de si por meio da ação de terapeutas populares e práticas familiares, mantidas na rede de relações sociais e de vizinhança. Nas palavras de Seu José, o atendimento era “bem precário mesmo.” Durante a infância, Seu José relembra que havia um médico dono de fazendas, para o qual seu pai trabalhara, que assumia a responsabilidade de tratar as pessoas que precisassem nos arredores. Ele fala sobre essa pessoa com grande admiração. Ele conta:

“Esse doutor, quando tinha alguém doente, ele, seja em que fazenda fosse, ele pegava um cavalo, arriava, e ia pra atender aquela pessoa. E não cobrava nada pelo serviço, né. Ele formou em medicina e não cobrava nada, pra fazer esse serviço pro pessoal. Seja em que lugar fosse. A região mais distante fosse ele ia pra atender.”

Esse médico, então, ajudava as pessoas sem cobrar e ajudava com os remédios que ele possuísse. A rede de relações sociais que sustenta o meio rural é o da dádiva e não da mercantilização (Cardoso 2011), assim, inseridos nesta rede e o pagamento vem das interações sociais e eventuais ajudas que as pessoas poderiam ter. Quando era uma doença mais grave, o doutor mandava a pessoa para ser atendida em Goiânia. Seu José explica que havia uma razão para ele atender as pessoas sem cobrar, que quando ele era jovem havia contraído lepra, e que sua mãe havia feito a promessa de que se ele se curasse ele passaria atender as pessoas sem cobrar. Ele teria se curado e passado a atender as pessoas desde então. Havia, também, as farmácias, mas nelas os medicamentos eram comprados. Seu José diz que ainda não haviam remédios doados pelo governo.

Seu José diz que, além desse único médico, havia muitas alternativas terapêuticas desenvolvidas pelas pessoas e terapeutas populares, como o uso de

chás, o que ele chama de “remédio do mato”, e “benzeções”. Esses remédios eram feitos pelos raizeiros, que os faziam e receitavam para as pessoas doentes. Ele afirma que muitas pessoas usavam esses recursos, inclusive sua família também havia feito muito uso disso. Ele também reitera que não havia hospitais, então os partos também eram feitos em casa pelas parteiras. Tanto ele quanto seus irmãos nasceram em casa com a ajuda das parteiras, assim afirma sobre o saber dessas: “Olha, eu num ouvi falar que deu problema nenhum não. Que morreu alguma pessoa, que morreu criança”.

No momento em que é questionado sobre as doenças que teve na infância e sobre o falecimento de seu pai, José passa a discorrer bastante sobre as doenças e formas com que o governo tentava combater. Conta que ficou doente várias vezes, assim como todas as crianças, devido ao fato de não existirem vacinas na época. As pessoas somente adquiriam imunidade após pegarem a doença. Para exemplificar ele fala da varíola, catapora e coqueluche, afirmando que essas eram bastante comuns. Segue sua narrativa tratando das doenças endêmicas da zona rural, após contar que seu pai morreu da doença de chagas. Não havia cura, tratamento, ou vacina para essas doenças. Para Seu José fazem parte desse universo de enfermidades, a malária, a leishmaniose e a febre amarela. Ele fala que essas passaram a ser mais combatidas com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais. Ele narra a ação do departamento:

“(…) Aí que eles fizeram? Criaram um batalhão pra sair nas fazendas, nas roças, dedetizando aquelas casas né. As casas geralmente eram feitas de pau-a-pique e batido o barro né, e ficava aqueles buracos. Aquilo ali era morada pura do barbeiro. E esse pessoal saía com um tal de bhc. Era o veneno que eles botavam na bomba, né. Saíam “xiii”, dedetizando, né. Aí que foi acabando mais doença de chagas.”

Ele chama também a atenção para o fato de que não havia cura para as doenças e que muitas vezes se tomavam ações drásticas para tentar detê-las. Como no caso da tuberculose, que, por vezes, era necessário queimar a casa do doente pelo medo de contágio. As ações do Estado, então, entram no ataque dessas enfermidades ao ambiente, outros tipos de ações como vacinação, não aconteciam. Ao contrário de Dona Maria, Seu José realiza uma maior análise da ação do Estado, que, de certa forma, ocorreu em seu meio, o que não foi o caso de

Dona Maria, no nordeste, ela não presenciou tais ações estatais. Por outro lado, os dois apresentam em suas narrativas quando tratam do tempo/espaço da infância e adolescência o respeito ao mais velho e a importância da rede de cuidados e terapêuticas entre familiares e vizinhos.

5.2.2. Amadurecimento em Brasília de 1970 a período atual.

Vida em Sobradinho: saúde e trabalho

José, sua mãe e suas irmãs se mudaram para Sobradinho na década de 1970, enquanto seus irmãos mais velhos já haviam se casado e moravam em suas próprias casas. Lá eles moraram de aluguel por muitos anos. Esse foi um período difícil de se extrair informações sobre a vida pessoal de Seu José. As perguntas feitas para ele eram respondidas de forma resumida, a não ser quando feitas com relação às questões do trabalho e do atendimento à saúde.

Trata do emprego que conseguiu com a mudança para o Sobradinho, quando passou a trabalhar para o governo. Primeiramente, trabalhou para o Ministério da Agricultura, onde permaneceu muitos anos trabalhando sem carteira assinada. Casou-se com 36 anos, enquanto morava em Sobradinho, no ano de 1981, e lá morou até 1989. O interessante na experiência de vida de Seu José é que ele acompanhou a transformação desta região ao longo do tempo, ao contrário de Dona Maria que vivia em outro espaço/tempo, no nordeste, e veio para Brasília no movimento de migrantes, que ajudaram a construir a região. Assim, ela viveu aqui sua vida adulta e o envelhecimento, por sua vez, Seu José passou todas as suas fases de vida nesta região.

Seu José dicotomiza sua análise sobre o atendimento à saúde antes do SUS. Afirma que as coisas começaram a melhorar com a vinda da capital e a mudança desta região do estado de Goiás para o Distrito Federal. Nesse movimento de vinda da capital, o governo, então, construiu postos de saúde e hospitais. Ele afirma, também, que, antigamente, a demanda era menor, facilitando o atendimento. Explica

que, ainda, não existia o SUS, mas o atendimento se chamava SAMDU¹, apesar de ele não saber o que significasse a sigla. Por outro lado, afirma sobre a deficiência tecnológica que tornava difícil tratar as pessoas, tanto por meio da assistência quanto por meio dos medicamentos.

5.2.3. Envelhecimento em Samambaia

Seu José conta que se mudou para Samambaia em fevereiro de 1989. Ele recebeu a casa pela SHIS, sistema habitacional. Relata a seguinte história:

“Essa casa ela foi, eu recebi através da SHIS. Na época chamava SHIS. Sistema de habitação ..., chamava SHIS. A gente já tinha a inscrição desde 65 e nunca saía né. Quando foi em 88, 89, é que deu, saiu a lista lá de Sobradinho. Porque eu morava de aluguel, né. E em condições precárias, né. Daí fiquei muito contente quando vi no jornal meu nome na lista pra receber casa né. Aí pensei que era por lá, falei: ‘Deve ser por aqui mesmo, em Sobradinho’. Não, aí quando eu vi, era em Samambaia. Nem conhecia aqui, não sabia como era, o que era, nem nada. Tanto que minha mulher relutou muito pra vir pra cá. Pensando que aqui era perigoso. Alguém botou na cabeça dela que aqui era muito perigoso, que aqui dava muito bandido, que aqui era perto da Ceilândia (risos). Mas depois que eu trouxe ela aqui, ela viu e falou: Não, aqui não é perto de Ceilândia não, vamos pra lá. Aí viu a casinha aqui, gostou, né. Vimos pra cá e estamos aqui até hoje.”

A região de Samambaia fica em sentido apostro à Planaltina e Sobradinho, Seu José não conhecia a região e passa a viver uma nova experiência em um outro local onde envelhecerá. Demonstra muito contentamento em ter obtido a casa porque antes ele morava de aluguel, o que significava um dinheiro perdido. Esta foi sua primeira casa própria. Afirma que se acostumou a morar no local. A localização da cidade, próxima de Taguatinga e de Brasília, também é motivo de satisfação para ele. Por outro lado, o estigma que carrega a cidade de Ceilândia, encontra-se na fala em uma referência à esposa de Seu José.

¹ SAMDU significa Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência, criado em 1949.

5.2.4. Experiência do processo saúde-adoecimento, terceira idade e usos de medicamentos

Com relação à sua experiência do adoecimento e atendimento à saúde na Samambaia, Seu José afirma que, atualmente, quase não usa medicamentos. Sua experiência com a obtenção de medicamentos vem nos cuidados com sua mulher, que faz uso de medicamentos de alto custo. Afirma que os remédios são caros, portanto ela “pega com o SUS”. Quando questionado sobre as ações de saúde do governo ele diz que o “governo dá saúde”, mas que não é efetivo. O principal ponto que ele chama a atenção é a pouca oferta para uma demanda muito alta. Por isso, insatisfeito com a situação, ele tem um plano de saúde para tentar garantir assistência à saúde de sua família.

Seu José comenta, brevemente, sobre a terceira idade. Seu primeiro contato com a expressão foi na paróquia que ele frequenta, no grupo que faz atividades com pessoas da terceira idade. Ele explica que lá ficou sabendo que a terceira idade é composta por pessoas com mais de 60 anos. Ele não tem contato com a terceira idade fora da igreja, não fazendo parte de nenhum grupo criado pelo SUS. Nesse grupo da igreja, ele trabalha auxiliando o coordenador a mais de 10 anos, quando o chefe da coordenação pediu sua ajuda. Ele aprecia as atividades no grupo que são dedicadas a fazerem passeios e até mesmo viagens. Conheceu Dona Maria neste grupo.

Seu José explica que a saúde é bem estar físico e mental. A pessoa saudável é a que não possui impedimentos para realização de atividades. A doença, então, seria algo que a impediria de ter uma vida normal e de manter suas atividades. Ele acredita que as pessoas precisam usar mais medicamentos hoje em dia, incluindo as pessoas mais velhas, que ele relaciona com o fato de as vidas serem mais complicadas nas cidades grandes. Assim, afirma: “Eu não sei, porque parece que antigamente o pessoal era mais simples. Não tinham as grandes cidades, viviam no interior né, nas fazendas, assim não usavam remédio assim, não. Hoje, usa muito mais, né”.

Em suas narrativas, o principal problema que Seu José aponta na saúde pública é a grande demanda que existe em Brasília, demanda essa que o sistema não consegue suprir. A razão que ele aponta para isso é a superlotação da cidade, que teria sido planejada para um número de habitantes que já foi ultrapassado. O fato de o entorno, e até mesmo outros estados, não terem equipamentos adequados para cuidar da saúde de suas populações faz com que muitas pessoas recorram ao sistema de saúde de Brasília, aumentando ainda mais a sobrecarga dos hospitais. Ele coloca em uma de suas falas:

“Acho que aumentou muito porque Brasília era planejada pra ter x habitantes, né. Diz que já passou da conta o numero que era pra ser, né. Além disso, vem o pessoal do entorno todim pra ser atendido aqui em Brasília. Essas cidades do entorno, Minas, Goiás, até da Bahia, Piauí, tudo vem pra cá, pra ser atendido. Porque diz que lá é pior do que aqui né. Não tem nada. Daí eles vem tudo pra cá. Então sobrecarrega muito aqui né. Aí fica... fica difícil aqui por isso né, a demanda é demais.”

Em algumas ocasiões, principalmente quando questionado sobre o uso de medicamentos e sua acessibilidade, atualmente e na época em que morava em Sobradinho, José fala sobre a questão de a saúde ser um dever do Estado. Em outros momentos, quando perguntado sobre o direito à saúde de uma forma geral, ele dizia que a saúde era dever do Estado de maneira mais elusiva, sem explicar direito o que queria dizer. O acesso a medicamentos faz parte de sua experiência e vivência pessoal do sistema de saúde. Por esse motivo, sua narrativa se torna mais completa e realista ao relacionar sua experiência passada com seus conhecimentos sobre o sistema. Quando questionado se era justo que a população fosse obrigada a comprar medicamentos ele respondeu:

“Olha, era... justo não era não, porque.. mas não havia, por exemplo.. a saúde passou a ser dever do Estado só a partir de quando, sabe quando? A partir da Constituição de 1988. É que passou, a saúde é dever do Estado. Aí sim que eles passou a dar remédio, e a saúde melhorou um pouco né. Mas antigamente tinha que comprar mesmo, antes disso. Eles achavam que não era, o dever era da pessoa, não do Estado, né. Cuidar da sua própria saúde.”

Diante do contexto social em que viveu, inserido no serviço público, Seu José avalia a participação e obrigação estatal na saúde. No trecho destacado acima, ele

relembra o ponto no tempo em que a política mudara e ele adquirira o direito a receber os medicamentos do governo. Seguindo por esse caminho, foi possível perguntar a seu José sobre o funcionamento do INAMPS. Ele lembrou que para as pessoas serem atendidas pelo INAMPS deviam comprovar que trabalhavam e que contribuíam com o INSS. Ele afirmou que pessoas que não podiam comprovar dificilmente conseguiam assistência, só o faziam por intermédio da ajuda de amigos.

Outra observação que Seu José faz é sobre a dificuldade do acesso devido à superlotação do sistema. Nota-se que a falta de efetividade do tratamento ocasionada por esse problema de acesso leva ao entendimento de que o Estado não está cumprindo o seu dever. Sobre o usufruto deste direito, Seu José, aponta que diante da superlotação, da vinda de outras pessoas, o atendimento em Brasília é muito ruim. Por ser dessa região de Brasília, que recebe pessoas de muitos lugares, onde viu esse processo de adensamento populacional acontecer, seu José vê uma piora em sua vida que afeta a saúde. Diante desse quadro, afirma: “Eu estou pagando o quê, quase mil reais nesse plano de saúde da Geap. né. Quer dizer, se é dever do Estado, não tinha razão, não havia necessidade de nós pagarmos isso né. Tá pagando tão caro por esse, por essa saúde”. Isso mostra que em face da falta de cumprimento do dever do Estado não é a busca da recuperação do direito a primeira alternativa de ação, mas sim a obtenção da saúde por meio de pagamento, se assemelhando à época em que a saúde era entendida como responsabilidade da pessoa e não um direito.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas dos dois sujeitos revelaram no processo de envelhecimento e cuidados com a saúde os contextos sociais por onde viveram e passaram e suas origens heterogêneas. O interessante de uma pesquisa biográfica é a forma como os indivíduos vivem, avaliam e pensam sobre diversos temas. Em um nível macro social há as transformações que o país viveu, do meio rural para o meio urbano, o processo de urbanização e industrialização, as transformações na política de saúde do Brasil, e no nível micro, por exemplo, estão as vidas diárias e cotidianas de Dona Maria e Seu José, seus conflitos, escolhas e transformações. Nesse nível micro surgem Dona Maria e Seu José, como eles pensam e vivem o impacto desse contexto mais amplo em suas vidas sociais singulares enquanto sujeitos únicos em contextos localizados. Dona Maria e Seu José apresentam perspectivas muito distintas, uma migrante e outro um local; uma revelando o processo de migração provado pelo impacto da política de criação da capital e o outro revelando como um local transformou-se devido à política de construção da capital.

Este trabalho pretendeu revelar as experiências diferentes com relação à criação de Brasília. Para Dona Maria, a nova capital era uma cidade distante que não chamaria muita atenção, não fosse seu encontro com o futuro marido em uma viagem a passeio. Para José, a mudança da capital do país para sua região de nascença, sendo essa uma região humilde sem muitos recursos, significou não só um orgulho, novas oportunidades e desenvolvimento para eles assim como problemas com o aumento populacional desenfreado e a criação de inúmeros centros urbanos nas proximidades. Nota-se como as transformações advindas com a nova capital alteraram de maneiras diferentes o curso de vida desses dois indivíduos, tanto economicamente como sua saúde e qualidade de vida.

Para Dona Maria, a vida em Brasília aparece de forma problemática. Sua narrativa apresenta duas comparações diferentes entre a juventude e a vida atual, ou seja, entre Brasília e Fortaleza. Por um lado, sua juventude em Fortaleza é contada com o saudosismo de uma boa qualidade de vida em meio a uma família com recursos e costumes, uma rede de apoio e cuidado que lhes eram caros, enquanto sua experiência de envelhecer em Brasília lhe trouxe muitos problemas,

tristezas e doenças. No entanto, ela encontra os meios de tentar se cuidar e restabelecer uma rede de apoio. Essa mudança para Brasília revela o trânsito do feliz desconhecimento do funcionamento do sistema de saúde público, e a vida plena em redes de apoio, para a vivência cada vez mais frequente de uma assistência problemática. Coincide o encontro com essa assistência com o novo contexto social problemático que encontrou em Brasília, questões desagradáveis pautaram sua vida, o alcoolismo do marido, o fim do casamento, mudança nos modos da vida. Mas, essa experiência com a política de saúde que, em um primeiro momento e em algumas regiões, foi negativa, passa a ser positiva com o grupo da terceira idade no posto de saúde. Sua experiência com as políticas de atenção à saúde é muito mais sensorial e emocional do que racional e cognitiva, como pôde ser visto com o José. Então, mesmo ela não tendo afirmado entender ser possuidora de direito a uma assistência que seria dever do Estado, ela faz uso desse sistema e reconhece o dever do Estado em prover saúde pautada na necessidade da população, isto é, de uma população carente e que precisa desse apoio.

Na sua análise sobre a saúde e ação estatal sua principal experiência é com a política da terceira idade, permitindo que ela mesma faça uma análise interessante sobre a mudança na sociedade, sobre o que significa ser idoso e como isso é diferente de se estar na terceira idade. O divórcio e seu adoecimento serviram como guias a levarem-na a uma situação nova de autoconhecimento e também a novas redes sociais, como a de seu grupo no centro de saúde e de educação física na igreja. As políticas de assistência ao idoso permitiram a ela recuperar parte de sua autoestima e a felicidade de se ter amigos em uma rede social mais extensa. Nesse caso, observa-se também que ela faz pouca diferenciação entre a ajuda que recebe no grupo do centro de saúde e da igreja. Isso ocorre porque para ela a experiência e os resultados são similares, e ambos benéficos.

Para seu José, a vinda do governo do país para sua região representou o nascimento de oportunidades inéditas. Em um espaço de tempo relativamente curto, sua vida mudou da moradia em fazendas em um ambiente onde havia algumas doenças transmissíveis, para um ambiente cada vez mais urbanizado e com a presença cada vez maior do Estado. Viver com essa transferência da capital para sua região significou um conhecimento mais amplo do papel do Estado. Assim, com o Estado, também vieram ações de saneamento e combate às doenças. À medida

que passou o tempo e a capital foi construída, a qualidade de vida da população sofreu um impacto, além dos combates aos vetores, vacinação, criação de hospitais e postos de saúde, também ocorreram problemas devido ao aumento populacional. Em contraste com a experiência de dona Maria com o Distrito Federal, que foi de adoecimento, para seu José a vinda da capital significou o aumento cada vez maior de saúde para a população. Até mesmo economicamente há essa diferenciação. Foi com a vinda da capital que seu José conseguiu seu emprego no Ministério, enquanto para dona Maria as condições de emprego foram difíceis, a obrigando a trabalhar no privado e, com o incidente com a babá, abandonar sua profissão, que lhe era tão cara.

Por outro lado, o entendimento atual das políticas públicas de saúde de seu José é duplo e interessante. Seu José demonstra ter conhecimento da política de Estado, explicando como a saúde passa a ser dever do Estado a partir da Constituição de 1988. No decorrer de sua narrativa, Seu José trata sobre as dificuldades da população carente que não era atendida pelo INAMPS. A vinda da capital ampliou o acesso, no entanto, ao mesmo tempo, com o aumento populacional essa atenção à saúde se deteriorou. Assim, os temas principais que aborda são a questão tecnológica, que sofreu uma evolução considerável nos últimos 20 anos, e o acesso ao sistema, que aparece como um grande problema que o faz sentir destituído de seu direito. De fato, quando ele fala sobre sua experiência com o hospital de Sobradinho em meados de 70 a 80, ele relata uma satisfação com o atendimento muito maior. Então, enquanto esse direito existe no seu entendimento, assim devendo provocar uma atuação do Estado, mesmo não existindo propriamente da mesma forma antigamente, na sua experiência ele não é completo. Por isso, paga um plano de saúde particular. Seu descontentamento com o sistema encontra uma trégua somente quando conversa sobre os medicamentos, por, atualmente, existirem várias políticas de distribuição de medicamentos.

Nota-se, então, uma heterogeneidade tanto no sistema de saúde quanto na própria fundação da cidade. Os casos de José e Maria não podem ser generalizados para todos os idosos, a intenção dessa pesquisa, seu tema e metodologia não visavam realizar um diagnóstico dos idosos na Samambaia. Mas, o objetivo dessa pesquisa era ter a história de vida de dois idosos, sobre seus processos de envelhecimento, sobre a experiência de viver, sentir, pensar esses processos, tendo

como pano de fundo a saúde. Nas expressões individualizadas de Dona Maria e Seu José sobre o envelhecimento e os cuidados com a saúde é possível perceber o contexto histórico, social e econômico em que viveram, analisar os processos de socialização que experimentaram. Assim, foi possível perceber que o povoamento do Distrito Federal, as migrações diante do impacto da construção da capital foram vividos e percebidos de formas variadas.

A Constituição Federal de 1988 e a conseqüente criação do SUS marcaram fortemente a vida dos dois. Para ambos, antes da SUS, os cuidados com a saúde aconteciam por meio dos terapeutas populares e familiares. Para tanto, uma rede de relações sociais marcavam a vida desses sujeitos e vivificavam essa rede de apoio. Após a CF, a universalização da saúde, diretriz do SUS, na forma da lei, não consegue se efetivar para os dois. Para Seu José, isso é devido à demanda por atenção ser tão intensa que resulta na falha da garantia desses direitos. Assim, Seu José confia mais no plano de saúde do que nos serviços do Estado, nem mesmo os grupos de terceira idade dos centros de saúde são usados por ele. Por sua vez, Dona Maria avalia negativamente o atendimento, mas, por outro lado, aprova os serviços para a terceira idade nos centros de saúde. Nesses ela sente, vivencia e faz uso dos serviços com satisfação e lembrando a rede de apoio que os idosos encontravam em Fortaleza. Seu José frequenta outro grupo de terceira idade na igreja, onde convive com Dona Maria. O entendimento das políticas públicas de saúde, e mesmo do SUS, demonstra-se então mais condicionada à prática do cotidiano dessas pessoas do que ao seu conhecimento. Por conseguinte, é no viver, sentir, experimentar todos os dias que avaliam o SUS. Assim, pesquisas como esta, de cunho qualitativo alcançam impressões do sistema em uma outra perspectiva, pois aborda o vivido, pensado e sentido.

Dentre as principais limitações sofridas no trabalho a mais problemática foi o pouco tempo disponível para realização das entrevistas. A pesquisa biográfica necessita de uma boa quantidade de tempo para as entrevistas por ser necessária a análise de cada entrevista para se delimitar as necessidades para mais entrevistas. A limitação de tempo, também, restringiu o número dos sujeitos participantes do estudo, uma vez que para cada sujeito não só foi necessário algum tempo para as análises como também a adequação das entrevistas aos horários e conveniência dos entrevistados. Um maior número de sujeitos teria significado menos tempo para

entrevistas, o que afetaria a densidade das informações, sendo essa densidade do conhecimento importante para a biografia.

Seria recomendado para pesquisas futuras usar o estudo biográfico, mas com um tempo maior para, assim, conseguir sujeitos com vista a enriquecer o entendimento sobre as experiências que as pessoas têm com o SUS. Uma delimitação diferenciada dos sujeitos da pesquisa, como renda e localidades, inclusive outros estados, poderia revelar diferentes maneiras de se viver as políticas de atenção à saúde. Isso, também, é válido para grupos de pessoas que fazem parte de políticas específicas, como o programa de AIDS e de doenças crônicas.

O estudo de biografias permite um entendimento sobre a experiência do sujeito, além do que somente seu entendimento superficial sobre algo. Durante a análise de narrativas foi possível compreender melhor como duas pessoas viveram uma mudança muito grande de política de Estado no Brasil. O resultado não é a generalização de suas experiências, mas justamente a demonstração de como estas podem ser diferentes de pessoa a pessoa. Para a construção de políticas públicas, principalmente de saúde, esse entendimento é importante. Seria ideal que fossem feitas pesquisas adicionais tanto explorando essa abordagem qualitativa quanto com ferramentas quantitativas. A comparação de resultados poderia ser uma forma a mais subsidiar o Estado na sua aproximação a essas pessoas, que são o público de suas ações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

DALLARI, D. A. **Direitos humanos e cidadania**. São Paulo: Editora Moderna, 1998.

DALLARI, S. G; VIDAL, S. N. J. **Direito sanitário**. São Paulo: editora verbatim, 2010.

DEBERT, G. “**A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas**”, GT Cultura e Política da ANPOCS, 1996.: site www.anpocs.org.br/portal/rbcs_00_34/rbcs34_03.

FOUCAULT, Michel. “**O nascimento da medicina social**” e “**O nascimento do hospital**” In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

GERHARDT, Tatiana. 2006. “**Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade.**” Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, nov.

GOLDENBERG, M. 2011. **Corpo, envelhecimento e felicidade**. RJ: Civilização Brasileira.

GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. 2011. Introdução. In: GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. (org.) **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Ed. Vozes.

HOROCHOVSKI, M. T. H. “**Representações Sociais: delineamentos de uma categoria analítica**”. Em Tese, vol. 2, n. 1 (2), jan-jun 2004. P. 92-106. Disponível em: www.emtese.ufsc.br.

LIMA, A. L. G. S de e PINTO, M. M. S.: “**Fontes para a história dos 50 anos do ministério da saúde**”. In: **História, ciências, saúde – Manguinhos**, vol. 10(3): 1037-51, set-dez. 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. & GIATTI, L. “**Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional**

por amostra de domicílios”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. vol. 19 n. 3. p. 735-743. Junho de 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300006.

LOYOLA, Maria Andrea. “**Parte II – A clientela**”. In _____. *Médicos e curandeiros: Conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEI, 1984, pp. 125-197.

MINAYO, M^a C. “**O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica**”. In: GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. (orgs). **Textos em Representações Sociais**. RJ/Petrópolis: Ed. Vozes, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação nacional de saúde. **100 anos de Saúde Pública: a visão da Funasa**. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 2004. 234p. disponível em: http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/pub/pdf/livro_100-anos.pdf.

MOSCOVICI, S. “Prefácio”. In: GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. (orgs). **Textos em Representações Sociais**. RJ/Petrópolis: Ed. Vozes, 2011.

OLIVEIRA, Márcio S. B. S. “**Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici**”. **Ver. Bras. Ci. Soc.** São Paulo, vol. 19, n. 55. Junho de 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092004000200014.

PAIM, JS. “**O que é SUS ?**”. Paim JS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

PIMENTA, Tania Salgado. “**Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX**” In: Sidney Chalhoub; Vera Regina Beltrão Marques; Gabriela dos Reis Sampaio; Carlos Roberto Galvão Sobrinho. (Orgs.). **Artes e Ofícios de curar no Brasil**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SCLIAR, Moacyr. 2005. **Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública**. SP: Editora Senac.

SCLIAR, Moacir. 2007. “**História do conceito de saúde**”. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41.

WOORTMANN, E. F. **A Árvore da Memória**. Anuário Antropológico 92, Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro.

ANEXOS

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pensando sobre e vivendo a política de atenção à saúde: representações sociais de um grupo de idosos

Pesquisador: Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06925112.4.0000.5540

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 124.143

Data da Relatoria: 14/09/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de trabalho final de graduação. O principal intuito do trabalho é analisar as representações sociais que indivíduos que viveram diferentes políticas de saúde fazem destas. O recorte de indivíduos para esta pesquisa é de pessoas com mais de 65 anos. O objetivo deste recorte é incluir pessoas que tinham sua maioria durante o período da ditadura e viveram a passagem de um sistema oficial de saúde para outro.

Objetivo da Pesquisa:

1. Compreender como pessoas com mais de 65 anos que viveram sua juventude no período militar analisam e vivem e viveram a transformação do direito à saúde, o atendimento nos serviços públicos de saúde.
2. Estudar as representações sociais de idosos sobre seu direito a saúde; Estudar como idosos entendem seu direito a saúde na perspectiva da mudança do direito a saúde ocorrida em 1988 com a nova constituição federal; Estudar como idosos percebem as mudanças ocorridas com a criação do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foram avaliados riscos para os participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia de análise de dados divide-se em dois momentos: 1. Revisão bibliográfica e 2. Entrevistas formais e informais.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC à ALA NORTE à MEZANINO à SALA B1 à 606 (MINHOCÃO)
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 E-mail: ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Serão entrevistados 5 indivíduos. A técnica utilizada para a localização dos indivíduos será a da bola de neve, partindo de ligações de amigos e parentes próximos do pesquisador.

As entrevistas serão realizadas em local de preferência do entrevistado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com a resolução 196. Não foram avaliados riscos aos pesquisados. O projeto está considerado aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto está considerado aprovado.

BRASILIA, 17 de Outubro de 2012

Assinador por:
Debora Diniz Rodrigues
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC à ALA NORTE à MEZANINO à SALA B1 à 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br