

4

A CONSTRUÇÃO DA VELHICE NA ILHA DA CONCEIÇÃO

4.1 - ILHA DA CONCEIÇÃO E SUAS PARTICULARIDADES

A Ilha da Conceição é um bairro localizado na região norte de Niterói, município que conta com uma população de 459.451 habitantes, dos quais 63.199 estão acima de 60 anos, correspondendo a 13,8% do conjunto da população. Na Ilha da Conceição o percentual de idosos é de 10,4% correspondendo a 6.438 pessoas maiores de 60 anos.

Historicamente, a ocupação da Ilha relacionou-se ao mar e incrementou-se com a chegada de imigrantes portugueses, nas décadas de 20 e 30 do século XX, de tal ordem que é considerada uma colônia portuguesa.

Sua relação com a indústria naval estabeleceu-se no início do século, quando, em 1908, instalou-se na Ilha o estaleiro Lloyd Brasileiro e a empresa inglesa Wilson Sons, que fornecia pedras e carvão para os navios e locomotivas. Essas relações se intensificaram com a construção do Porto de Niterói (1927) e se mantiveram até mesmo após 1958, com a ligação da Ilha ao continente. O transporte, no entanto, continua precário, havendo duas linhas de ônibus com frequência irregular, principalmente nos horários noturnos.

Um fator que pode ser creditado à capacidade organizativa do bairro é a presença entre os moradores de muitos operários navais e ferroviários, categorias combativas e bem organizadas sindicalmente até 1964.

Com a construção da Ponte Rio-Niterói, na década de 70, a Ilha sofre grandes mudanças pela construção de viaduto e instalação do posto da Polícia Federal. Mesmo assim, guarda como característica a de ser um bairro fechado, com um único acesso e dividido em duas áreas: a baixada, onde moram as famílias com melhores condições econômicas, e o morro, onde moram os mais pobres.

Bairro de ocupação antiga, caracteriza-se por uma distribuição horizontal marcada pela existência de casas isoladas, com número reduzido de apartamentos. A dinâmica demográfica está em processo de desaceleração. Suas taxas de crescimento são pequenas quando comparadas com as médias municipais.

Nos anos 90, a paralisação das atividades do estaleiro, a crise econômica e o desemprego, tornaram piores as condições de vida, o que se demonstrou pela ocupação de baixo custo, caracterizada pela expansão do número de casas e de habitantes em espaços não regulamentados.

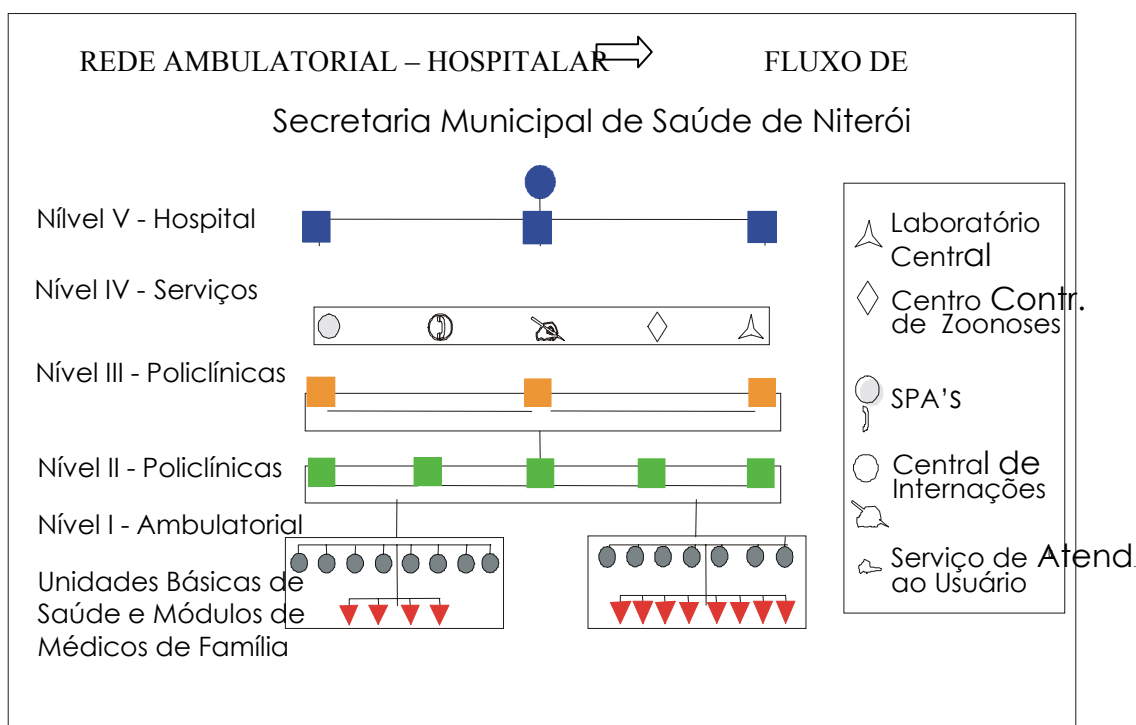
Uma importante observação dos idosos refere-se a não favelização do morro. Chamam a atenção para a existência de boas casas construídas no Morro da Ilha da Conceição-MIC

A população da Ilha mantém vínculos que se reportam à origem do bairro, a sua identidade, fortalecendo ainda mais as relações da vizinhança que leva suas cadeiras para as calçadas, para o bate-papo nas noites de verão, onde se sentam os idosos e resgatam a memória do bairro, em suas conversas. Esse ritual corresponde a uma característica daquela comunidade que volta as suas ações para o coletivo. Seus moradores mantêm o hábito de aproximar-se uns dos outros, de ir em busca do outro. São esses fortes vínculos de vizinhança que constituem importante rede de apoio aos idosos mais vulneráveis. Para os idosos entrevistados na nossa pesquisa, este é o diferencial da Ilha em relação aos demais bairros do município.

A Ilha é bem servida por equipamentos urbanos: possui uma creche e duas escolas, uma estadual e outra municipal.

A saúde em Niterói está organizada em forma de uma rede hierarquizada por níveis de complexidade.

O fluxo abaixo ilustra a organização da rede assistencial na esfera municipal:



A consolidação do modelo assistencial de atenção apresentado no fluxo acima, está alicerçada na vigilância em saúde e tem norteado as ações dos gestores municipais de modo a garantir a atenção integral à saúde da população. Este modelo toma como base a identificação da clientela através da abordagem clínico-epidemiológica.

Para Cohen, para viabilizar este modelo, é estratégico o trabalho de adscrição da população onde os moradores residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde passam a ser de responsabilidade do serviço. (Cohen,2000).

As Unidades Básicas de Saúde e os Módulos do Programa do Médico de Família através da análise de indicadores epidemiológicos, correspondem ao primeiro nível da atenção, (nível I).

No segundo nível situam-se as Policlínicas Comunitárias que são pólos de articulação das ações desenvolvidas pela rede básica. Elas atuam como referência em algumas especialidades.

As Policlínicas de Especialidades (nível III) respondem às demandas mais complexas.

O acesso do usuário a todos os níveis do sistema se dá por referências e contra-referências.

A comunidade da Ilha é servida por um ambulatório básico de saúde e por um Módulo do Programa do Médico de Família, ambos no nível I de complexidade. As situações de saúde que demandem resolução de média e alta complexidade são referidas para os demais níveis conforme sua necessidade. Assim, a comunidade passou a ser servida por dois modelos assistenciais:¹¹ uma Unidade Básica de Saúde- UBS, com a atenção voltada à população não assistida pelo Programa Médico de Família- PMF e o módulo do Programa do Médico de Família, localizado na encosta do MIC. Embora ambos se constituam em estratégia de atenção básica, diferem entre si metodologicamente.

No PMF, a família é o núcleo central da atenção e seus membros são vinculados a uma equipe de profissionais orientados para fazer o diagnóstico de situações que interfiram na vida das pessoas. Em especial as famílias mais vulneráveis. Volta-se, portanto, para a identificação do usuário em sua própria

¹¹ Modelo assistencial é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis, de forma a enfrentar e resolver os problemas de saúde vigentes numa coletividade.

moradia, particularizando-o em suas relações, vínculos, características de contexto familiar, físicas, sócio-econômicas e epidemiológicas. O atendimento é orientado pela lógica da vigilância epidemiológica: rastreamento e estratificação de riscos e tratamento das doenças. A partir do levantamento epidemiológico da comunidade, o setor se organiza de modo a oferecer consultas emergenciais e agendamento individualizado o que facilita o reconhecimento de demandas específicas da população idosa cadastrada e produz impactos significativos nas ações de prevenção e promoção.

Este modelo assistencial é um processo em construção. Tem enfrentado obstáculos e desafios, sobretudo, no tocante à integralidade das ações.

Pesquisas de Veras (1994), Guimarães (1989) e Ramos (2000) têm reforçado o impacto da família, o suporte social e as redes de relações sociais na saúde e mortalidade dos idosos. Seus resultados sugerem que o contexto familiar pode ser fundamental para a saúde do idoso.

Silvestre ao discorrer sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso analisa o importante impacto que a estratégia de Saúde da Família pode causar, em relação ao idoso.

“... a Estratégia de Saúde da Família, de acordo com seus princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de suas alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para a eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família.”

(Silvestre; 2003: 26)

Conforme adverte Silvestre, a estratégia do PMF na atenção ao idoso revela-se importante porque permite a identificação do contexto sócio-familiar, o planejamento de intervenções mais resolutivas e mais adequadas à realidade de vida das pessoas e têm um importante papel a desempenhar na prevenção das incapacidades.

A Unidade Básica de Saúde desenvolve ações orientadas por programas definidos por grupos populacionais, por agravos ou doenças. Baseia-se no atendimento individual de prevenção, promoção e tratamento, respondendo à demanda espontânea, o que significa voltar-se para resolver os problemas das

peessoas, na medida em que elas procuram os serviços de saúde. É uma forma mais tradicional de atenção, dá atendimento imediato e permite detectar os problemas que poderiam agravar-se caso não fossem cuidados. Este atendimento, alguns sob a forma de programas, traz como risco a diluição das particularidades, as quais quando apontadas, conduzem as ações para atendimentos mais específicos, porém de forma pontual. Essas práticas se revelam insuficientes para uma atuação nos fatores psicológicos, sócio-econômicos e culturais que interferem nos processos de adoecimento e que, nos idosos, assumem maior dimensão.

Silvestre sintetiza:

“... Idealmente seria necessário que todas as Unidades Básicas de Saúde já trabalhassem com os princípios, competências e atribuições apontados acima. Ocorre que, no Brasil, a formação básica na graduação, como a pós-graduação, esta última em especial, está aquém das necessidades nacionais. É necessária a formação de profissionais, no âmbito da pós-graduação, voltados ao trabalho na atenção básica, fazendo dela importante e eficiente nível do sistema de saúde.”

(Silvestre; 2003: 28)

A comunidade da Ilha da Conceição, campo empírico de nossa pesquisa, vem passando por mudanças importantes com medidas propositivas como a reativação da indústria naval, a revitalização do comércio, a urbanização do MIC, enfim, por mudanças que por certo terão impacto no setor de saúde, também nas relações comunitárias. São novos desafios para a comunidade de usuários, especialmente para os idosos.

É bom lembrar que o crescimento do comércio local e as mudanças próprias da sociedade têm refletido naquela comunidade, hoje não mais tão pacata e vivendo as turbulências das cidades modernas.

4.2

O QUE DIZEM AS FALAS DOS IDOSOS DA ILHA DA CONCEIÇÃO?

O marco analítico escolhido para pensarmos os fenômenos saúde/doença nas pessoas idosas é o estudo das representações sociais, com referência em

Minayo (2000:158) “*categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a*”.

Nossa proposta é a de perceber os significados contidos nas falas dos entrevistados entendendo que elas vêm impregnadas da realidade em que vivem, revelando-a ou particularizando-a.

Interessa-nos a interrelação entre a especificidade do discurso dos idosos e a existente no discurso dos profissionais que atuam nos programas, de forma que nos permitam visualizar as contradições marcadas pelo jogo de forças de poder que atuam no espaço social e institucional, nas redes de comunicação como formas de controle social e que refletem, na prática, os projetos e programas ofertados.

Por essa concepção, tomamos nesta pesquisa as representações sociais como eixo de nossa discussão e compreensão da realidade.

Para Minayo (2000:110), a magia da palavra está na possibilidade de transmissão das representações sociais de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. Assim, através das entrevistas e da observação participante, procuramos entender as vivências, as contradições e os conflitos ali expressos. Esses instrumentos por certo ajudarão a desvendar os sistemas de valores, as normas das pessoas entrevistadas e do grupo do qual fazem parte. Para Minayo essas informações estão no nível mais profundo da realidade, portanto, pertinentes ao campo das representações.

No sentido de ordenar nossa reflexão acerca do objeto de estudo, definimos algumas categorias que, na investigação, se relacionam e interagem. Nesse sentido, agrupamos alguns elementos e expressões em torno de um conceito com abrangência de todos esses aspectos.

A construção das análises das entrevistas passou por um roteiro que elegeu conceitos presentes e/ou recorrentes naquelas temáticas, ou seja, ao tratarmos de cidadania, da identidade e do pertencimento, das questões existenciais presentes na velhice e das relações entre usuários e profissionais de saúde com os serviços estaremos percebendo referências que no nosso entender, são elementos importantes para compreender os significados que aquela população idosa dá a sua vida e a seu mundo.

Ao discorrer sobre a categoria cidadania desenvolvemos alguns eixos como: o espaço social, o espaço político com a intervenção do usuário nos

serviços da comunidade, a questão do controle social como expressões de lutas e militância.. Esses eixos estarão sendo detalhados no curso de nossa análise.

a) -CIDADANIA

Nas falas dos idosos aqui arroladas, a percepção da saúde aparece sob a perspectiva do exercício da cidadania e assume diferentes concepções de luta.

Sr. W (73 anos) "... A saúde aqui é uma beleza. As mudanças são desde que substituímos a antiga Diretora. Por força do nosso movimento, a saúde mudou"

Sr.J (80anos). "...I +.O PMF é um seguro-saúde. Mas precisamos continuar na luta. Agora é pela legalização das terras do morro. Vamos ter água, saneamento e esgoto. Tudo isso é saúde".

Sr.C (76 anos) "...O nosso movimento precisa de mais gente. Temos que ter mais força."

Seus autores trazem conteúdos de suas práticas sociais, origem de categorias profissionais combativas (marítimos e ferroviários) com história de militância e engajamento. Expressam aspectos da cultura local, comunidade formada por imigrantes portugueses que trazem na sua história de busca a construção de um espaço social e de existência. Derivou-se daí, vários aspectos no estabelecimento de uma comunidade chamada "Ilha" que pretende manter-se autônoma e independente na defesa de seu território.

Nossa observação é que, a configuração que a representação de cidadania assume entre os idosos da Ilha não é auto-definida do ponto de vista pessoal somente. Está intimamente relacionada com a experiência de vida e construção da história pessoal de cada um deles. Assim entre os próprios entrevistados é possível se perceber significados diferenciados, ainda que dentro da mesma categoria da cidadania, com focos de estratégia política também diferenciados.

Por este ponto de vista e assumindo a cidadania como categoria central, entendemos oportuno analisá-la sob dois eixos, através dos quais ela se configura: participação política e das relações sociais.

O arcabouço teórico que fundamentou a análise da categoria Cidadania como participação, nesta pesquisa, está baseado em Benevides (1998) onde a cidadania ativa é entendida como a *realização concreta da soberania popular*.

Este conceito integra o exercício da democracia por meio de instrumentos de participação. Supõe a “*participação popular como possibilidade de criação, transformação e controle sobre o poder e poderes.*” (1998:20)

Para a autora, a Constituição de 1988 enfatizou a noção de cidadania ativa:

“... o cidadão além de ser alguém que exerce direitos, cumpre deveres ou goza de liberdades em relação ao Estado, é também titular, ainda que parcialmente de uma função do poder público.

(Benevides, 1998: 20)

O reconhecimento da cidadania, por parte do Estado está contido na Carta Constitucional de 1988 que consolida um conceito de cidadania que não estava presente nas anteriores, na medida em que considera a assistência social, a previdência e a saúde como direitos de todos os cidadãos. A partir destes novos princípios constitucionais, tanto a Lei Orgânica da Assistência (LOAS – Lei nº 8.742), como a Política Nacional do idoso (Lei nº 8.842) reafirmam esses conceitos.

A cidadania entendida como participação ativa como explicitado por Benevides, aparece mais forte entre os idosos com trajetória de vida de militância política. Eles trazem como influências matrizes políticas como o trabalhismo e atuação no movimento sindical. Esses idosos sofreram, em sua maioria, a dura repressão dos anos de ditadura e entendem a ação política como construção social. Uma ilustração disso, é a frase fixada na Associação dos Moradores da Ilha:” O POVO BEM ORGANIZADO CONQUISTA SEUS DIREITOS”.

Assim, influenciar e substituir a diretora, entender o PMF como um bem conquistado, perceber a questão do saneamento básico como uma questão de saúde pública, são intervenções resultantes da prática política. É o cidadão assumindo sua função de controle sobre as ações do poder público.

No depoimento do Sr.W: “*Se você atua, você modifica a sua realidade. Atuar é construir a realidade*”, a saúde aqui, está referida como ação organizada. A fala do Sr. W revela a firmeza e diretividade como ele percebe a ação social, e é consequência de uma prática do centralismo adquirida em momento político muito forte. “*tem gente que prefere ficar vendo novela. Acho isso muito ruim.*”

Também nas falas de outros entrevistados (sr. I, e sr. M) a luta pela saúde ganha forte significado:

Sr. I (76 anos) “... A Ilha sempre lutou muito pela saúde. Isso é muito importante. Aqui tudo foi com muita luta.”

Ao defenderem a necessidade de mais espaço para continuarem a luta pela preservação dos seus direitos, vêm no Conselho de Idosos a possibilidade de manterem-se organizados politicamente. *“Precisamos do Conselho de Idosos para mudar as coisas erradas”*, alerta o Sr.M.

Os idosos que entrevistamos defendem a importância da criação de fóruns para a militância social e referem claramente o preconceito contra os idosos e o seu enfrentamento, como questão de luta e de construção de cidadania.

Sr.MI (77 anos) “Aqui precisamos é do Conselho de Idosos para melhorar. Quero me inscrever. Sempre morei na Ilha e fiz parte da Associação de Moradores. Sinto falta de ser respeitado. O problema é o preconceito contra o velho: dos motoristas, dos médicos, da família e da sociedade.”

Em relação à saúde, eles a assumem como uma bandeira, uma meta a ser conquistada onde se agregam outras lutas como a regulamentação das terras do MIC, a construção da estrada que facilite o acesso ao morro, esgoto, água e saneamento. *Tudo isso é saúde*, nos diz Sr. W. A saúde adquire um conceito global, pois envolve atendimento, condições sanitárias, ação participativa, condições sociais de vida, o que vem de encontro à descrição de Minayo:

“... os trabalhadores e profissionais do setor que representam a saúde como direito individual e coletivo rompem a concepção centrada no biológico, no individual, na harmonia e equilíbrio sociais. Entendem a saúde como um bem que se adquire através dos conflitos e lutas de classe.”

(MINAYO,2000:196).

Outro aspecto para a compreensão da cidadania contida nos depoimentos dos idosos, refere-se à dimensão de coletivo, construída a partir das relações sociais: são dinâmicas societárias que explicam as relações que se estabelecem entre os moradores idosos da Ilha. O exercício da cidadania se expressa na ação dos grupos, nos encontros com os vizinhos, nas relações personalizadas, na

formação de redes de apoio aos mais vulneráveis, nas ações de solidariedade: *“Quando faltei ao grupo, foram a minha casa para saber se eu estava doente.”* Nos diz dona A

Os moradores preservam esses vínculos de vizinhança com o sentimento de um grupo, o que faz parte da história da Ilha *“Aqui os vizinhos se ajudam uns aos outros,”* *“quando um morre, todos vão para o velório”*, nos fala D. P. É o cidadão sendo reconhecido na adversidade.

Para Barbalet, a cidadania é manifestamente, uma questão política mas esta dimensão não é suficiente para que seja devidamente compreendida. Diz o autor: *“a cidadania pode ser descrita como participação numa comunidade ou como qualidade de membro dela.”*. Nesse entendimento, a cidadania caracteriza-se como *status* e como um *conjunto de direitos*. Importa além do usufruto dos direitos, o reconhecimento e o protagonismo do sujeito enquanto membro de uma dada comunidade. (Barbalet apud Gomes, 2002).

No dizer de Barbalet a cidadania integra aquilo que identificamos como particularidades daquela comunidade. Os rituais dos velórios, os encontros grupais, as conversas nas calçadas, são significados simbólicos do reconhecimento do cidadão no seu espaço social.

Assim, ao reivindicarem o direito de participar do Conselho do Idoso : *“precisamos do Conselho do Idoso para mudar as coisas”*, nos fala Sr. J, reafirmam a exposição de Barbalet que nos diz: *a parte política da cidadania consiste no direito de participar no exercício do poder público.”*

E pontua: *“ diferentes tipos de comunidade política dão origem a diferentes formas de cidadania.”* (Barbalet, 1989:108)

b)-QUESTÕES DA EXISTÊNCIA E O MOMENTO DA VELHICE:

Ao buscarmos a relação entre as questões existenciais presentes na velhice e a representação de saúde e doença entre os idosos, verificamos que viver na Ilha da Conceição, ser identificado na expressão de sua singularidade, manter-se entre amigos, ou seja, pertencer àquele território corresponde a viver com saúde. Esta sociabilidade fundada nas tramas sociais parece relativizar os sentimentos negativos da velhice. A questão gregária (social e familiar), a visão fatalista da velhice, os “fantasmas” da incapacidade e da morte estão presentes nos discursos

dos idosos porém ganham uma dimensão menos ameaçadora diante da possibilidade da continência do espaço social.

Segundo Neri, os significados de velho e velhice são apreendidos a partir da história interacional do indivíduo.

“... Ao demarcar o envelhecimento por rituais de afastamento, por vezes de degradação, o contexto do trabalho, sinaliza para seus membros que os protagonistas se tornaram indesejáveis. Comparece então a ideologia para atribuir o seu afastamento e a sua indesejabilidade ao envelhecimento biológico, causador de doenças, dependência e inadequação e, portanto, da necessidade de afastamento. Nesse sentido, a perspectiva de velhice pessoal apresentada pelos sujeitos só corrobora esse ponto de vista”.

(NERI,1991: 132)

Os sujeitos de nossa pesquisa ao se referirem aos temores em relação à velhice respondem a essas representações do contexto social apontadas por Neri, no entanto, sentem-se protegidos num espaço social de pertencimento.

Nos discursos dos idosos, identificamos temas recorrentes nas representações da realidade da velhice, especialmente, entre as mulheres idosas, como a solidão, a ausência dos filhos como suporte afetivo, assim como o medo noturno e o da velhice com incapacidade. Sra. G *“Precisa ter médico à noite...tenho medo de não poder fazer mais as coisas que gosto. Viver muito é dar trabalho”*

A fala da Sra. G, traz em si uma perda do sentido da existência e o sentimento da finitude do ser: *“depois da morte de meu marido minha vida ficou sem graça”* e são os filhos que podem aliviar a solidão. Ainda que se declare com saúde, sua fala aparece impregnada de inquietude e medo. O discurso do lugar construído aparece entrecortado pela discurso da sobrevivência: ainda a sra.G: *“nasci aqui e me casei aqui há 40 anos atrás, mas tenho medo de ficar sozinha”* Outro entrevistado, Sr.J denuncia a dor da perda da companheira: *“fiquei viúvo, agora não tenho mais o que fazer. Não posso ficar dependendo de filho”*

Os relatos do Sra. G e do Sr. J são exemplares de um concepção de velhice como desafio. Ambos viúvos, ele com uma biografia de lutas, com percurso existencial voltado para a militância no sindicalismo, participante de políticas afirmativas para a sua comunidade, ao perder sua companheira vive a angústia de

ficar na contingência do filho. Ela, também revela o seu temor da dependência, ser um problema para a família.

Esses relatos nos parecem reveladores da perda da subjetividade, o drama de ter que sobreviver sem o parceiro com quem compartilharam toda a existência. Para o sr. J, ficar sob os cuidados do filho é a diminuição de sua cidadania. A percepção da velhice surge como estigma: *não quero ser um problema para os filhos, um estorvo.*

Birman (1997) em sua reflexão sobre o lugar construído pela modernidade ocidental para a velhice, nos fala da perda da subjetividade do velho no contexto da produção, reprodução e acumulação de riquezas. Assim, sem possibilidades de horizonte para o futuro:

“...Caem os velhos, melancolicamente, sobre o seu passado, desinvestidos do presente, anulando-se as possibilidades de perspectivas futuras. E essa posição negativa o lugar onde acabou por inscrever-se a velhice atual e que veio determinar uma existência social que se fechou”...

(Birman,1997:200).

O argumento do referido autor é reforçado também por Barros (1998) que ao realizar uma pesquisa com um grupo de mulheres na faixa etária entre 60 e 80 anos, no Rio de Janeiro, trouxe como resultados o significado de velhice para as mulheres do estudo:

“...a velhice é temida pela possibilidade da perda da consciência, da própria razão da vida, fim de projeto. Descobrir ou criar uma razão para o significado de estar vivendo parece ser a questão”.

(Barros,1998:165)

A perspectiva de futuro está na definição de projetos existenciais. Assim, reforça a autora, a estigmatização da velhice se coloca para alguns, não para todos. Nem todos os que chegam a determinada idade tornam-se passíveis de serem indivíduos estigmatizados e nem todos os estigmatizados assumem a identidade característica do estigmatizado.

Nossa observação na Ilha da Conceição também mostrou evidências de que os idosos daquela comunidade sempre lutaram por suas idéias, seus princípios,

seus valores buscando dar novo significado a sua velhice. Configuram-se portanto em uma singularidade no processo de vivenciá-la.

c)-IDENTIDADE/ PERTENCIMENTO:

Na fala dos idosos transparecem dois elementos constitutivos de sua vinculação com a Ilha da Conceição. O primeiro de ordem espacial – a definição do espaço geográfico como território vivo, lugar onde construíram suas famílias, suas redes de sociabilidade – “lugar saudável”. Esse elemento corresponde, na interpretação de Chauí, uma determinada rede de relações sociais.

“... é o lugar de moradia que concentra as pessoas, permitindo o estabelecimento de relações mais personalizadas e duradouras que constituem a base da particular identidade. Essa malha de relações assegura a sobrevivência, e é no espaço regido por tais relações que se desenvolve a vida associativa, desfruta-se o lazer, pratica-se a devoção. Onde se tece, enfim, a trama do cotidiano.”

(Manheim apud CHAUI, 1987:69)

Alguns pontos de referência delimitam esse lugar onde se localizam alguns serviços básicos: locomoção, abastecimento, saúde, educação, casas de comércio, alguns bares e onde se registraram alguns acontecimentos como casamento, nascimento dos filhos.

Sr.. L “... Eu e M nos conhecemos e nos casamos aqui. Gosto muito da Ilha. Não quero sair daqui. Só saio daqui morto.”

O segundo elemento é o grau de envolvimento nas tramas sociais que é dado por laços de parentesco, vizinhança, procedência: O sentimento de pertencimento aparece em diversas falas: Sr. L “*Meu mundo é aqui*”. Sra. N “*Todos me conhecem... aqui nasci, me criei, casei e criei meus filhos, a Ilha é o melhor lugar do mundo*”.

Essas ações concretas lhes dá a garantia da solidariedade e o suporte na doença e na velhice. Sra.N “*os vizinhos socorrem uns aos outros*”.

Os idosos reafirmam sua vinculação com a Ilha- o Porto Seguro- seu continente.

Sra.A “...Tenho tudo o que preciso aqui. Somos 7 irmãs no grupo. Os vizinhos socorrem a gente quando estamos doentes. Moramos na Ilha há mais de 50 anos. O MIC não virou uma favela como todo mundo falava”.

A presença do “estranho”- *gente de fora* (aqueles que trazem barulho para um lugar tão tranquilo, os bailes funk, a droga) são ameaças postas pela contemporaneidade que alterou o estilo de vida, despersonalizou as relações comunitárias. A perturbação da ordem é enfrentada com abaixo-assinado. “Aqui e lá” são expressões recorrentes entre os moradores idosos que temem pela descaracterização do seu lugar com a invasão dos novos, o que significa a possibilidade de enfraquecimento das tramas sociais, valores e normas. O que está “fora dos padrões” sofre reação imediata, a exemplo do abaixo assinado.

A despeito de toda a complexidade do mundo contemporâneo, a Ilha mantém-se como estabelecida, conforme descrita por Elias (2000) como referência de pertencimento, como território demarcado.

Sr. V “A Ilha sempre foi muito boa. Tudo estava muito bem. Agora é tudo muito agitado aqui na Ilha. Tem bailes funks ! Já tem até droga!”

Sr. J “O mundo está muito violento! A ilha não tinha isso. Moro aqui desde criança e agora fui assaltado aqui. Tem muito gente que não é da Ilha.”

No seu ensaio sobre a sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade, ELIAS (2000) explicita as relações estabelecidas entre grupos de comunidades de periferia urbana e mostra a divisão que ocorre nos grupos que vivem ali por longos anos- “os estabelecidos” de longa data e os novos residentes – “os outsiders”. A resistência aos novos moradores se expressa na exclusão como meio de zelar pelos valores, regras e costumes, pela história de vida das pessoas com o lugar.

A importância que as relações sociais assumem como vínculos de pertencimento, está presente na busca por outros espaços sociais a partir do crescimento e saída dos filhos, da perda de amigos. A inserção em outros grupos para ensinar o crochê, o artesanato de bijuterias são formas compensatórias de identificação e motivações para trocas. São estratégias de relação, o estar lá com novos grupos significa trocar informações, estar atento ao que acontece na comunidade, interagir. Essas atividades acontecem num espaço institucional (CESU) como tentativa de alimentar as tramas sociais.

O sentimento de pertencimento vai modelando uma identidade que se configura no perfil desses moradores e demarca um processo sócio-político importante porque os mobiliza, ou para a luta pela melhoria desse território ou para a inserção em espaços de convivência grupal.

Ao rejeitarem “os de fora” – os outsiders – como nos diz o sr. W “... fizemos abaixo assinado para acabar com os bailes funks. Eles fazem muito barulho e os idosos precisam de tranqüilidade para dormir. São gente de fora”. os idosos reagem à perda do espaço e lutam pela manutenção de seu estilo de vida como o mais adequado para eles.

A interferência nos serviços de saúde, revivida por um dos entrevistados no episódio em que se propunha a transformação da Unidade Básica em Módulo de Médico de Família reforça o sentimento que os idosos alimentam frente à comunidade. A Unidade de Saúde é percebida como parte da própria casa, uma extensão da vida privada, portanto sentiram-se com autoridade para impedir tais mudanças na medida em que elas contrariavam o interesse dos moradores. Na palavra de uma funcionária da Unidade Básica, frente às limitações para realizar tarefas como: cortar as unhas dos pés, abrir vidros e latas, compreender uma receita, os idosos não têm dificuldade em recorrer à Unidade de Saúde e pedir ajuda. Isso dá a medida da proximidade entre o público e o privado. A Unidade de Saúde é um espaço de tolerância sem fronteiras demarcadas.

A relação dos idosos com a UBS é muito antiga (funcionou durante um tempo em uma casa de família). O único médico atendia um vez por mês. Chegava de barco e atendia até o último cliente. Ainda hoje é um personagem valorizado na comunidade.

Sr. I “A Ilha é o nosso condomínio fechado”. Queriam acabar com o Posto. Não deixamos. Precisamos de uma Policlínica! O Médico de Família é muito bom, mas precisa de mais médico para outras coisas! No antigo posto tínhamos tudo.”

Os idosos mantêm uma relação idílica com a Ilha, a idealização de um passado (a ilusão de que ali fôra um paraíso) onde se sentiam em segurança, sem violência, com o pleno funcionamento dos serviços, inclusive da saúde. Se pensam ainda como uma ilha, como população independente na sua especificidade. Como um lugar sem problemas.

A visão do “nós” é fortemente marcante nos discursos dos entrevistados. No dizer do Sr. W “*A Ilha somos nós.*” Na fala “*O MIC não se transformou numa favela como todos pensavam*” denota-se uma estratégia de defesa do lugar, uma diferenciação da Ilha frente aos outros bairros. (na visão dos moradores, a favela não é adequada para a Ilha). O MIC é referido como um bairro popular e não com a designação de “morro”. Os idosos entendem que o reordenamento urbano do MIC é uma causa política, portanto exige a intervenção da comunidade. Não aceitam o tratamento pejorativo de favela. O MIC é a forma mais evidente da relação da comunidade com a territorialidade.

**d)-A RELAÇÃO DOS IDOSOS COM O SISTEMA DE SAÚDE LOCAL:
(Programa do Médico de Família e Unidade Básica de Saúde)**

Em **As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**, Luz (1979) analisa as transformações ocorridas no saber e na prática médica nas décadas de 1960 e 1970. A reportagem da revista *Veja* (1978) ilustra essa reflexão

“... Que fim levou aquela simpática e benevolente figura do médico de família, sempre disposto a dar conselhos sobre outros assuntos que não a saúde. Que fim levou aquela simpática figura que cobra os olhos da cara por uma consulta e vive nababescamente?”

(Veja: “Os novos proletários” (19/07/78))

Segundo a autora, a figura austera e paternal, profissional de grande prestígio e autoridade perante a sociedade e sua clientela, entra em declínio no final dos anos 1950. Em seu lugar, surgirá a figura especializada, do profissional altamente qualificado consequência da influência da grande indústria farmacêutica na produção-reprodução do saber médico e da indústria de equipamentos presentes no ensino sob a forma de especializações crescentes.

Essas modificações estruturais na prestação da assistência à saúde têm sido acompanhadas por alterações na relação médico-paciente. Elas passam pela reformulação do sistema de saúde como um todo, por processos de lutas e jogo de forças onde se evidenciam interesses diversos.

A concepção de saúde centrada nas reais demandas da população de forma integral e integrada é um processo em construção e coexiste com as formas tradicionais ainda hegemônicas, especialmente no que se refere à atenção à população de idosos.

Os idosos da Ilha, no entanto, não têm se mantidos como meros espectadores desse processo. Interferem com sua crítica, e com perplexidade expressam-se nas queixas e algumas vezes com descrédito ao tratamento:

Sra. G “o médico receitou um remédio. Acho que não vai melhorar. Mas gosto muito dele. É muito bom médico”

Quando a usuária acima narra sua consulta está claramente revelando sua descrença. Expressa um juízo de valor para o atendimento que recebeu.

A população hoje idosa, tem na memória, o que tradicionalmente se compreendia como médico de família. Não o reconhecem na proposta atual do PMF. Percebem os dois modelos distintos de atendimento de forma contraditória: O PMF é valorizado não pela eficiência técnica mas pela proximidade da relação que mantém com os usuários. Isso ficou claro na sequência das narrativas abaixo:

Sr I “ O PMF é bom porque nos ouve. Tem que ouvir a comunidade.”

Sra. P “bom é ter o médico para vir em casa. Ele até toma café com a gente!”

Sra.N “a médica é muito boa. Às vezes vem aqui e canta com a gente.”

A maior crítica ao PMF é não atender a sua necessidade imediata, difere-se assim do médico de família guardado em suas memórias e que sempre atendia as suas emergências.

Sr W “na Ilha precisamos de atendimento à noite. Precisa ter RX e outros exames. Precisamos ter o médico quando estamos doentes.”

Por outro lado, a medicina moderna e sofisticada está permanentemente sendo apresentada na mídia. Na pessoa do “especialista” está a possibilidade para solução de seus problemas. Com uma história de vida marcada por perdas

acumuladas, os idosos não se sentem seguros na escolha por este ou aquele profissional. Precisam e querem os dois.

Sr. W“ O PMF é muito bom mas não atende quando preciso. Precisava ter médico para coração. “

Na concepção do modelo assistencial está prevista uma ênfase no treinamento e na capacitação dos recursos humanos numa perspectiva de diálogo com a população. Este processo está em construção. Assim o modelo de atendimento integral como concepção programática, ainda não se realizou plenamente na prática. A hierarquização dos serviços não é entendida pela população. Desse modo são frequentes as queixas dos usuários quanto a demarcação dos serviços. Há um distanciamento prático da percepção do modelo. Por outro lado, os idosos têm uma vivência da cultura da especialização e buscam nas outras portas do sistema de saúde (como nas policlínicas) o que lhes falta no PMF.

Sra. A “...gosto muito do PMF mas quando preciso do cardiologista vou ao Hospital Antônio Pedro.”

Sra. G “faltei a consulta porque não estava doente. Fui no outro dia porque estava mal, não pude ser atendida. Não entendo.”

Suas demandas vão além da capacidade de oferta do modelo, querem todos os níveis de atenção à saúde e reagem à metodologia proposta. Em seus depoimentos os idosos reafirmam suas representações de saúde na relação com o sistema local. Consolidam o que definem como o seu território quando entendem que podem interferir nos serviços, exemplificando com a melhoria na dispensação da medicação e no agendamento de consultas como consequência dos atos de militância.

O sentimento da perda, traço marcante entre os idosos, aparece na pesquisa em episódio recente. Diante da convocatória para cadastramento como uma medida administrativa, o relato da sra G, usuária do serviço, foi de ameaça da perda. Entendeu que seria desligada da Unidade. “ *eu não posso ficar sem o médico público*”.

Outro traço importante na relação dos usuários idosos com os profissionais de saúde é o desrespeito com as limitações impostas pela idade. Queixam-se da atenção que recebem por parte de alguns funcionários, ao mesmo tempo, temem fazer reclamações e entendem que com os velhos é assim mesmo. Há um sentimento de ambivalência entre o conformismo e a resistência.

Sra.M “alguns funcionários do Posto não tratam bem. Mas não gosto de reclamar. Com a velhice é assim mesmo, mas eles precisam ter mais paciência.”

Sr.W e Sra. M “os médicos falam muito depressa e não ouvem a gente.”

O contexto geográfico da Ilha da Conceição aparece mais que os serviços de saúde. A comunidade discute o modelo de atendimento não como estratégia de reorganização técnica dos serviços de saúde e sim como um ganho da comunidade por força da militância.

Sr. I“ O PMF é bom mas tem essas coisas de política. Não precisava ter política no meio Isso é só com a comunidade. A comunidade é quem precisa resolver os seus problemas.”

Os idosos mantêm com o sistema de saúde local uma relação contraditória. Lutam pelo serviço público no entanto o marketing do privado ainda é uma referência. No imaginário da população a hipotética excelência do privado é freqüentemente reconhecida. Na fala do Sr. L “O PMF é um seguro saúde” essa concepção privatista é estimulada, o que reflete o discurso da competência do privado veiculado pela mídia e pela sociedade civil. O que reflete a cultura dominante no sistema de saúde do país de desqualificação e sucateamento dos serviços públicos.

Assim, a reflexão que os idosos da Ilha desenvolvem, relaciona-se com as experiências por eles vividas

4.3 A FALA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: OUTROS INTERLOCUTORES NESSE ESTUDO¹².

¹² Os profissionais constituídos pelo universo da pesquisa são: do Programa Médico de Família, Módulo Célia Sanches e Unidade Básica da Ilha da Conceição Dr. Ruy Carlos Decnop.

Os conteúdos das falas dos profissionais das unidades de saúde remetem às questões já apontadas na análise das entrevistas com os idosos: a importância da territorialidade e a concepção de saúde como intervenção política.

Mas, a representação dos profissionais de saúde do PMF diferenciam-se dos profissionais da UB pela própria particularidade do modelo que os orienta. Os profissionais do PMF estabelecem relações mais próximas com os usuários, compartilham situações que vão desde conquistas sociais até a exposição a riscos.

“...compartilhamos tudo com eles: os fracassos e os sucessos. Nem sempre por desejo mas porque entramos na casa deles. Por outro lado sofremos freqüentemente a ingerência no nosso papel de técnicos...a comunidade quer ter sempre o controle”.

(médico do PMF)

Como já vimos, os idosos da Ilha da Conceição revelaram-se questionadores, formuladores de suas demandas, militantes de suas causas e arraigados ao seu território. Na percepção dos profissionais de saúde esses traços marcantes desta população paradoxalmente são vistos ora como fundamentais para a construção de parcerias nas questões da comunidade, ora são vistos como invasão nas suas práticas. A escuta à população como definidora do modelo assistencial do PMF é considerada indispensável à proposta, no entanto, os profissionais se ressentem quando a população questiona e intervém no seu trabalho. São as contradições que se encobrem por trás dos discursos, resultado de uma prática que produz esse mecanismo.

No dizer do Dr. C (Médico-PMF) *“...o maior desafio é mudar o sistema. Tornar a Medicina Preventiva valorizada. Os próprios médicos dos outros níveis de atenção não compreendem a metodologia do Programa. Como os idosos podem compreender?”* Para os profissionais do PMF a maior dificuldade apontada é a incompreensão do modelo de atendimento prestado aos usuários pela população o que acaba gerando insatisfação.

Outro aspecto presente na fala dos profissionais diz respeito às dificuldades para se trabalhar com uma faixa etária com problemas de saúde tão complexos e muitas vezes de apresentação tão atípica:.

“... não temos conhecimento específico do processo de envelhecimento. Precisamos de treinamento.”

(P, auxiliar enfermagem, UBS)

“... às vezes prefiro tratar eu mesma casos que precisariam de um especialista. O idoso fica de um lado para outro.”

(médica do PMF).

Agrega-se a isso, o fato de que esses idosos já chegam ao médico em situação de agravos e espoliados socialmente, comprometendo assim a proposta de prevenção do PMF. A falta de treinamento para lidar com as questões do envelhecimento só fazem agravar este quadro. As intervenções acabam sendo pouco resolutivas o que, no caso do idoso, é fator de risco.

O PMF sofre com as fragilidades do sistema que limita as intervenções que exijam um nível de complexidade maior. No depoimento de P (médica-PMF) “... a articulação com os demais níveis de assistência é muito complicada....expõe o profissional a situações de estresse”.

A relação do profissional de saúde da Ilha é também distinto das outras comunidades da cidade. *A Ilha da Conceição é quase uma república !* diz outro profissional. Os idosos freqüentam a Unidade de Saúde há muitos anos e falam do que viveram, da relação construída desde a sua implantação. O que difere a relação entre os profissionais do PMF e os da UB com os idosos, é o trabalho de campo.. Esta relação tão próxima é vista como a responsável pela grande aceitação que o PMF tem entre os usuários. Sra P. “... *O PMF é muito bom. O médico pode até tomar café com a gente!*” Para os profissionais, no entanto, é também ameaçadora no sentido de torná-los vulneráveis aos riscos da intimidade.

Para os profissionais da UBS que residem na Ilha essa proximidade também revela uma dificuldade no limite da relação. Os idosos sentem-se donos da Unidade. A intimidade facilita a invasão dos espaços privados (não é raro serem abordados no armazém ou bar e indagados sobre a chegada de remédios e de médicos). Frequentemente também são chamados para atender a questões familiares.

A relação entre os profissionais dos dois programas denuncia conflitos que ficam mais evidentes na questão gerencial .

“Me dou muito bem com os profissionais. Só não entendo o PMF não atender o doente quando ele precisa. Que médico é esse que só atende com agenda para três meses? Acaba sobrando para nós atendermos. Sempre damos um jeito. É só para tratar quem está com saúde?”

(Aux.enfermagem UBS)

Na sua prática social, os profissionais de saúde desenvolvem uma relação com a comunidade que vai se configurar em uma aliança. A sensibilidade no trato das questões de saúde dos idosos e com os conflitos familiares é considerada pelos profissionais não como atributo sentimental mas como uma estratégia para enfrentamento de situações mais lexas, são formas de procedimento.

Entre os profissionais do PMF a natureza da relação (vínculo do emprego, a demarcação do espaço, o contato corpo a corpo), acaba procedendo a um tipo de relação mais delicada. Para os idosos da pesquisa, essa sensibilidade dos profissionais de saúde (para eles mais evidente no PMF) é o diferencial de qualidade entre os dois modelos assistenciais.

Consideramos oportuno registrar que em estudos anteriores (BROTO,2000; LEITE,2002) ao tratar das relações entre o PMF e a comunidade, a questão da territorialidade está presente nas contradições da política de recursos humanos do PMF. Os depoimentos dos Presidentes da Associações de Moradores apresentados no estudo sinalizam que a comunidade da Ilha está atenta a todas as propostas do poder público para a população. A preocupação dos moradores quanto à vigilância dos assuntos que lhe dizem respeito é constante. A comunidade quer ser co-partícipe nas decisões: *só assinar o convênio é pouco, a gente reivindica mais. A participação é essa! Eu gostaria que fosse o seguinte: ta errado isso, nós queremos que mude!* (extraído do estudo realizado por Leite, 2002).