



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
Recredenciada pelo Decreto Estadual Nº 16.825, de 04.07.2016
Órgão de Educação e Relações Étnicas/ODEERE
Programa de Pós-Graduação, Mestrado Acadêmico, em Relações Étnicas e
Contemporaneidade - PPGREC

EULINA PATRÍCIA OLIVEIRA RAMOS PIRES

**CAMINHOS DE SUPERAÇÃO PARA INIQUIDADES IMPOSTAS À MULHER
NEGRA EM CONVIVÊNCIA COM DOENÇAS CRÔNICAS**

**JEQUIÉ, BA
2023**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
Recredenciada pelo Decreto Estadual Nº 16.825, de 04.07.2016
Órgão de Educação e Relações Étnicas/ODEERE
Programa de Pós-Graduação, Mestrado Acadêmico, em Relações Étnicas e
Contemporaneidade - PPGREC

EULINA PATRICIA OLIVEIRA RAMOS PIRES

**CAMINHOS DE SUPERAÇÃO PARA INIQUIDADES IMPOSTAS À
MULHER NEGRA EM CONVIVÊNCIA COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade-PPGREC, do Órgão de Educação e Relações Étnicas – ODEERE, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com área de concentração em Relações Étnicas, Gênero e Sociedade, para obtenção do título de Mestre.

LINHA DE PESQUISA: Etnias, gênero e diversidade sexual.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Luzia Wilma Santana da Silva

JEQUIÉ, BA
2023

P667c Pires, Eulina Patricia Oliveira Ramos

Caminhos de superação para iniquidades impostas à mulher negra em convivência com doenças crônicas / Eulina Patricia Oliveira Ramos Pires.- Jequié, 2023.
204f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Luzia Wilma Santana da Silva)

1.Mulher 2.Etnicidade 3.Doenças crônicas 4.Vulnerabilidade social
5.Resiliência psicológica I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
II.Título

CDD – 301.412

Rafaella Cância Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

EULINA PATRÍCIA OLIVEIRA RAMOS PIRES

“CAMINHOS DE SUPERAÇÃO PARA INIQUIDADES IMPOSTAS À MULHER NEGRA EM CONVIVÊNCIA COM DOENÇAS CRÔNICAS”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, como requisito para obtenção do título de Mestre em Relações Étnicas e Contemporaneidade

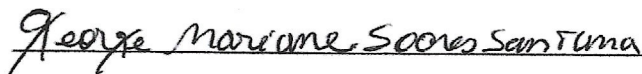
Linha de Pesquisa 2: Etnias, Gênero e Diversidade Sexual

Aprovado em: 09 de outubro de 2023.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Luzia Wilma Santana da Silva (UESB)
Presidente da Banca/Orientador



Prof. Dr. George Mariane Soares Santana (UFRB)
Examinador Externo



Profa. Dra. Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes (UFBA)
Examinadora Externa



Prof. Dr. Danilo César Souza Pinto (UESB)
Coordenador do PPGREC

JEQUIÉ

2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as idosas negro-parda do NIEFAM, especialmente às participantes deste estudo, que em meio às adversidades da vida, souberam driblar os infortúnios de um ciclo de vida permeado pela opressão e discriminação naturalizadas pelo sexismo, racismo, classismo e etarismo, fazendo-se resilientes na ressignificação do conviver com doenças crônicas diante dos enfrentamentos à dignidade humana.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, o todo poderoso, Senhor da minha vida, de quem vem toda a fonte de sabedoria; o autor e consumidor da minha fé. Sei que sem Ele no meu caminho não teria alcançado tão grande realização. A Ti toda honra e glória! Gratidão meu Deus pela Tua vontade, fidelidade e Amor!

Ao **Jairo**, meu esposo, companheiro de todas as horas, por tamanha compreensão e contribuição, por envolver-se nesta caminhada ao meu lado, estando sempre disposto a encorajar-me e amparar-me com tanto amor e dedicação. Você é muito especial, as palavras não são suficientes para lhe agradecer. Saiba que esta vitória também é sua. Te amo!

A **Ainoã**, minha amada, querida, esperada e tão sonhada filha. Deus me deu você como presente. Você é um pedacinho de mim. Deus seja louvado pela sua vida. Mamãe te ama muito!

A **Maria**, minha mãezinha amada, por tudo o que você é, pela sua existência, pela sua dedicação em me ensinar o melhor caminho da vida, por todo seu sacrifício e incentivo na minha formação, pela compreensão de minha ausência, por dedicar tempo especial no cuidado à minha filha sempre, e enfim, meu porto seguro. Te amo mãezinha! Deus te abençoe!

Aos meus irmãos **Wilma** e **Iomar**, pelo companheirismo e apoio em todos os momentos em que precisei de auxílio. Meu muito obrigada, de coração. Amo vocês! Deus os abençoe sempre!

A toda a família do meu esposo, que direta ou indiretamente contribuiu para essa conquista, especialmente as cunhadas **Maria das Graças** e **Mailza**, que sempre se mostraram disponíveis e dedicaram tempo especial no cuidado à minha filha. Muito obrigada por tudo! Amo vocês!

A minha orientadora **Luzia Wilma Santana da Silva**, sobretudo amiga, colega e companheira de jornada acadêmica. Você é muito especial na minha vida e o maior presente dado por Deus desde a minha entrada na UESB. Tenho muita admiração e inspiração por sua competência, ética, humanidade, comprometimento, doação e sabedoria... Você sempre foi a principal incentivadora para esta conquista, cheia de desafios e obstáculos. A idealização e concretização desse sonho só foi possível porque você nunca deixou de acreditar e apostar nas minhas potencialidades de aprendiz. Seus ensinamentos estarão sempre gravados em minha memória. As palavras não são suficientes para lhe agradecer por tudo o que você faz, fez e ainda fará. Muito obrigada de coração pelos inesquecíveis momentos de aprendizado e escrita a quatro mãos, por fazer parte de minha vida e caminhada na docência e no mestrado. Para mim é um prazer e sempre será tê-la comigo. Gratidão, Amiga! Deus te abençoe ricamente com saúde, paz e felicidade! Amo você de coração!

Ao **NIEFAM**, família de coração, maravilhosa, espaço de ensino-pesquisa-extensão no qual tenho vivido a prática da interdisciplinaridade no cuidado à mulher idosa negro-parda em enfrentamento por DCNT. Se não fosse a sua existência esse trabalho não se concretizaria. A todos e todas professora(e)s colaboradora(e)s, bolsistas de extensão, bolsistas de pesquisa, bolsistas voluntários e psicólogas. Muito obrigada, Família! Amo vocês!

A **Violeta, Jiló, Rosa Príncipe Negra, Crisântemo, Rosa Menina, Família, Uva Roxa e Passeio**, as mulheres idosas negro-parda participantes deste estudo, anônimas a uma sociedade racista, sexista e classista, que invisibiliza as mulheres, sujeitando-as às mais diversas formas de discriminação e preconceito. Muito obrigada por suas histórias de superação e adaptação frente aos desafios, lutas e vicissitudes, ao alcance da resiliência. Minha Gratidão!

Ao **LABENF**, minha casa na UESB, local de trabalho, interação, compartilhamento de saberes. As companheiras de todas as horas: **Lina e Thiara**, por sua presença significativa, amizade e pelas mãos sempre estendidas a ajudar-me em busca de minha formação de mestre. Meu muito obrigada! Deus abençoe!

A colega e companheira **Deusélia**, já aposentada da UESB, pela interação, companheirismo e amizade, no compartilhamento de saberes e ajuda mútua, no incentivo constante em prol da conquista pelo meu aperfeiçoamento profissional e minha formação de mestre. Nunca me esquecerei de você e das nossas vivências na disciplina Fundamentos do Processo de Cuidar em Enfermagem II. Muito obrigada! Um forte abraço!

Ao **PPGREC**, agradeço imensamente ao programa, em nome do Professor Dr. Marcos Lopes, então Coordenador do Programa quando da minha entrada no ano de 2021. Pela compreensão, solidariedade e ajuda na caminhada e percurso para a formalização e conclusão do curso de mestrado. A todos(as) mestres professores(as), equipe técnica e geral, colegas de turma e colaboradores que fazem o PPGREC acontecer e existir em compromisso social, humano, sensível e respeitoso a toda existência humana. Muito obrigada!

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001- Portaria CAPES 206/2018”.

Aos **professores membros da banca**, Prof. Dr. George Mariane Soares Santana e Profa. Dra. Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes, pelo aceite em compor a minha banca de defesa e tecerem olhares contributivos ao estudo e à ciência.

Agradeço humildemente de coração a todos e todas, amigos e irmãos, que fizeram parte desta caminhada, mesmo à distância, mas em oração constante. Vocês foram muito importantes para esta conquista.

“(...) pode-se concluir que discriminação de sexo e raça faz das mulheres negras o segmento mais explorado e oprimido da sociedade brasileira, limitando suas possibilidades de ascensão”

Lélia Gonzalez (2020, p. 160)

PIRES, Eulina Patrícia Oliveira Ramos. **Caminhos de superação para iniquidades impostas à mulher negra em convivência com doenças crônicas**. 2023. [dissertação]. Jequié: Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié, Bahia. 204f.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo geral conhecer a história de idosas negras com hipertensão arterial sistêmica nos cuidados do meio de pertencimento sociofamiliar e sistema público de saúde. O referencial teórico percorre saberes sobre as temáticas das relações étnico-raciais, mulher, políticas públicas nacionais destinadas às pessoas negras, questões de gênero na transversalidade com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) que impactam o envelhecimento humano, e, destes, lançar luz sobre os saberes da resiliência. De metodologia qualitativa na linha de raciocínio da História Oral, teve como cenário o Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas (NIEFAM), vinculado ao Departamento de Saúde II, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, e como participantes, mulheres negro-pardas em enfrentamento por DCNT que foram anuentes à pesquisa. Os instrumentos utilizados foram um questionário e uma entrevista semiestruturados, uma entrevista livre e diário de campo. A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto pelo CEP/UESB, sendo realizada entre os meses de maio a julho de 2023. A amostra foi composta por oito participantes. Os dados foram analisados segundo a metodologia da História Oral ancorada em Alberti (2005), Meihy e Holanda (2018) e convergindo para categorização. Os resultados demonstram prevalência de DCNT como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 e comorbidades associadas impactando o processo de viver envelhecer das participantes; enfrentamentos ao longo dos ciclos de vida por questões relacionadas ao racismo, sexismo e classismo, mas que foram ressignificados pelas competências adaptativas destas mulheres de forma positiva ao longeviver resiliente; também ser o meio familiar um ambiente relacional que se agrega e desagrega em sua linha de tempo vivencial e que na velhice expõe uma tessitura compreendida com o passado vencido; na dimensão relacional social sua vivência em grupos de convivência possibilita o sentimento de pertencimento que favorece competências aos cuidados de si, de acolhimento, de empoderamento, de elevada autoestima e autoconfiança, no entanto, no que concerne à relação com o sistema de saúde, os sentimentos foram variados, de aproximação a vínculos distantes. O estudo evidenciou a complexificação do envelhecimento no contexto social e cultural do viver da mulher idosa negro-parda frente às DCNT e aos desafios de uma sociedade que ainda é modelada por comportamentos discriminatórios, os quais cooperam para potencializar enfrentamentos nesta fase da vida da mulher, e ainda, por um sistema público de saúde que precisa ampliar seu repertório de saberes aos fazeres na integralidade do ser mulher, idosa e que alcançou a velhice em meio a lutas diversas por ser negro-parda em uma sociedade que lhe tirou oportunidades e que lhe fez naturalizar o ser mulher para o mais servir. Um espólio da cultura eurocêntrica que ainda na velhice é perspectivado como ideal.

Palavras-chave: mulher; etnicidade; doenças crônicas; vulnerabilidade social; resiliência psicológica.

PIRES, Eulina Patrícia Oliveira Ramos. **Caminhos de superação para iniquidades impostas à mulher negra em convivência com doenças crônicas**. 2023. [dissertação]. Jequié: Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié, Bahia. 204f.

ABSTRACT

This research has the general objective of knowing the history of elderly black women with systemic arterial hypertension in the care of the socio-family environment and public health system. The theoretical framework covers knowledge about the themes of ethnic-racial relations, women, national public policies aimed at black people, gender issues in the transversality with Chronic Non-communicable Diseases (CNCDs) that impact human aging, and, from these, sheds light on the knowledge of resilience. Of qualitative methodology in the line of reasoning of Oral History, had as scenario the Interdisciplinary Center of Studies and Extension in Family Health Care in Convivability with Chronic Diseases (NIEFAM), linked to the Department of Health II, of the State University of Southwest Bahia, and as participants, black-brown women facing CNCDs who consenting to the research. The instruments used were a questionnaire and a semi-structured interview, a free interview and field diary. Data collection was carried out after project approval by CEP/UESB, being applied between the months of May to July 2023. The sample consisted of eight participants. The data were analyzed according to the methodology of Oral History anchored in Alberti (2005), Meihy and Holanda (2018) and converged for categorization. The results demonstrate the prevalence of CNCDs as systemic arterial hypertension and diabetes mellitus type 2 and associated comorbidities impacting the aging process of the participants; confrontations throughout life cycles for issues related to racism, sexism and classism, but which were re-signified by the adaptive skills of these women in a positive way when longlifer resilient; also being the familyship a relational environment that aggregates and disintegrates in its experiential Timeline and that in old age exposes a tessiture understood with the past overcome; in the social relational dimension their experience in groups of coexistence enables the feeling of belonging that favors skills in self-care, reception, empowerment, high self-esteem and self-confidence, however, regarding the relationship with the health system, the feelings were varied, from approximation to distant links. The study evidenced the complexification of aging in the social and cultural context of living of black-brown elderly women in the face of CNCDs and the challenges of a society that is still modeled by discriminatory behaviors, which cooperate to enhance confrontations in this phase of the life of women, and also by a public health system that needs to expand its repertoire of knowledge for the practices in the integrality of being a woman, elderly, and that has achieved old age through various struggles for being black-brown in a society that took away opportunities and made them naturalize being a woman to more serve. A booty of Eurocentric Culture that still in old age is seems as ideal.

Keywords: woman; ethnicity; chronic diseases; social vulnerability; psychological resilience.

PIRES, Eulina Patrícia Oliveira Ramos. **Caminhos de superação para iniquidades impostas à mulher negra em convivência com doenças crônicas**. 2023. [dissertação]. Jequié: Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié, Bahia. 204f.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo general conocer la historia de ancianas negras con hipertensión arterial sistémica en los cuidados del medio de pertenencia sociofamiliar y sistema público de salud. El referencial teórico atraviesa saberes sobre las temáticas de las relaciones étnico-raciales, mujer, políticas públicas nacionales destinadas a las personas negras, cuestiones de género en la transversalidad con Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) que impactan el envejecimiento humano, y, de estos, arroja luz sobre los conocimientos de la resiliencia. De metodología cualitativa en la línea de razonamiento de la Historia Oral, tuvo como escenario el Núcleo Interdisciplinario de Estudios y Extensión en Atención a la Salud de la Familia en Convivibilidad con Enfermedades Crónicas (NIEFAM), vinculado al Departamento de Salud II, de la Universidad Estatal del Suroeste de Bahía, y como participantes, mujeres negro-pardas en enfrentamiento por ECNTs que fueron anuentes a la investigación. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario y una entrevista semi estructurados, una entrevista libre y un diario de campo. La recolección de datos se realizó después de la aprobación del proyecto por el CEP/UESB, siendo realizada entre los meses de mayo a julio de 2023. La muestra fue compuesta por ocho participantes. Los datos fueron analizados según la metodología de la Historia Oral anclada en Alberti (2005) y Meihy y Holanda (2018), convergiendo para la categorización. Los resultados demuestran prevalencia de ECNTs como hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 y comorbilidades asociadas impactando el proceso de vivir envejecer de las participantes; enfrentamientos a lo largo de los ciclos de vida por cuestiones relacionadas al racismo, sexismo y clasismo, pero que han sido resignificados por las competencias adaptativas de estas mujeres de forma positiva al largovivir resiliente; también ser el medio familiar un ambiente relacional que se agrega y desagrega en su línea de tiempo vivencial y que en la vejez expone una tesitura comprendida con el pasado vencido; en la dimensión relacional social su vivencia en grupos de convivencia posibilita el sentimiento de pertenencia que favorece competencias al cuidado de sí, de acogida, de empoderamiento, de elevada autoestima y autoconfianza; sin embargo, en lo que concierne a la relación con el sistema de salud, los sentimientos fueron variados, de aproximación a vínculos distantes. El estudio puso de relieve la complexificación del envejecimiento en el contexto social y cultural de la vida de la mujer anciana negro-parda frente a las ECNTs y a los desafíos de una sociedad que todavía está modelada por comportamientos discriminatorios, los cuales cooperan para potenciar enfrentamientos en esta fase de la vida de la mujer, y aún, por un sistema público de salud que necesita ampliar su repertorio de saberes a los quehaceres en la integralidad del ser mujer, anciana y que alcanzó la vejez en medio de luchas diversas por ser negro-parda en una sociedad que le quitó oportunidades y que le hizo naturalizar el ser mujer para el más servir. Un botín de la cultura eurocéntrica que todavía en la vejez se perspectiva como ideal.

Palabras clave: mujer; etnicidad; enfermedades crónicas; vulnerabilidad social; resiliencia psicológica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Linha do Tempo de Políticas Públicas no Brasil: contextos ao envelhecimento humano.....	60
Figura 2: Fluxograma de seleção da amostra.....	80
Figura 3: As dimensões do viver envelhecer da mulher negro-parda em enfrentamento por DCNT: categorias e subcategorias.....	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: As dimensões do viver envelhecer da mulher negro-parda em enfrentamento por DCNT: categorias e subcategorias.....	87
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Informação sociodemográfica das participantes. Jequié, BA, 2023	134
Tabela 2: Apresentação dos dados de saúde das participantes. Jequié, BA, 2023.....	135

LISTA DE SIGLAS

- APS** – Atenção Primária em Saúde
- AVE** - Acidente Vascular Encefálico
- AVEI** - Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
- AVEH** - Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
- CEP/UESB** – Comitê de Ética em Pesquisa da UESB
- CIT** – Comissão Intergestores Tripartite
- CNRS** – Comissão Nacional de Reforma Sanitária
- CNS** – Conferência Nacional de Saúde
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- DCNT** – Doença Crônica Não Transmissível
- DM2** – Diabetes Mellitus tipo 2
- DCV** - Doenças Cardiovasculares
- DRC** - Doença Renal Crônica
- DAC** - Doença Arterial Coronária
- DR** – Doença Renal
- DAOP** - Doença Arterial Obstrutiva Periférica
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- FA** - Fibrilação Arterial
- GTI** – Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra
- HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica
- HO** – História Oral
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IC** - Insuficiência Cardíaca
- IMC** – Índice de Massa Corporal
- IAM** - Infarto Agudo do Miocárdio
- LOAS** – Lei Orgânica da Assistência Social
- MS** – Ministério da Saúde
- NIEFAM** – Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivência com Doenças Crônicas

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PNI – Política Nacional do Idoso

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PeNSE - Pesquisa Nacional do Escolar

SAMU – Serviço Móvel de Urgência

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SUS – Sistema Único de Saúde

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 OBJETIVOS	21
1.1.1 Geral	21
1.1.2 Específicos	21
1.2 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA	22
1.3 RELEVÂNCIA	24
2 TRANSITANDO NOS SABERES CONSTITUÍDOS NA LITERATURA	25
2.1 O ENVELHECIMENTO E A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE	26
2.2 O ENVELHECIMENTO E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)	29
2.2.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a saúde da população negra	33
2.3 A RESILIÊNCIA, CONSTRUCTO DE SABERES À ADAPTAÇÃO POSITIVA DO SER MULHER AO ENFRENTAMENTO DE DCNT	40
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: OLHARES SENSÍVEIS	44
2.4.1 Um breve portfólio sobre as políticas públicas de saúde criadas para atender as demandas da população idosa	46
3 REFERENCIAL TEÓRICO	51
3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL, MATERIALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A SAÚDE DA PESSOA IDOSA	51
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL, DESDOBRAMENTOS À SAÚDE DAS PESSOAS NEGRAS	60
3.3 A MULHER NEGRA: QUESTÕES DE GÊNERO E SUA INTERSECCIONALIDADE COM RAÇA E CLASSE SOCIAL	62
3.4 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CONTEXTO DE VIVER HUMANO DA MULHER NEGRA	64
3.5 RESILIÊNCIA, ESTRATÉGIA AO VIVER ENVELHECER: OLHARES À MULHER NEGRA	68
3.5.1 Um breve portfólio sobre os estudos na temática resiliência	71
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	74
4.1. TIPO DE ESTUDO	74
4.2. CENÁRIO DA PESQUISA	77
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	78
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	82
4.5 ASPECTOS ÉTICO DA PESQUISA	83
4.6 ANÁLISES DOS DADOS	84
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO: do submergir ao emergir, histórias de mulheres	90
5.1 QUEM SOU E COMO ME VEJO: HISTÓRIAS DE MULHERES	91
5.2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE	129

5.3 AS DIMENSÕES DO VIVER ENVELHECER DA MULHER NEGRO-PARDA EM ENFRENTAMENTO POR DCNT: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	135
5.3.1 Categoria 1 - Ser mulher, vicissitudes diante da cultura patriarcal: história de vidas	136
5.3.2 Categoria 2 - O envelhecimento feminino e suas vicissitudes diante da etnia/raça e concepções do etarismo	144
5.3.3 Categoria 3: O processo de viver da mulher negro-parda em tessitura com a resiliência	158
6 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	169
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	172
APÊNDICES	188
APÊNDICE 01 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	188
APÊNDICE 02 - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSOS PARA PESQUISAS COM SERES HUMANOS	193
APÊNDICE 03 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO	195
APÊNDICE 04 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	198
ANEXO	200

1 INTRODUÇÃO

Estamos em tempos em que as mudanças se apresentam de “formas líquidas” (BAUMAN, 2001) em uma frequência desafiadora ao contexto sócio, político, econômico e cultural. Tempos que se mostram em exigência à ação e reflexão crítica e construtiva ao processo de viver e estar-se em movimento na “roda viva da ciranda da vida”.

Abrir este estudo através das linhas precedentes assenta-se no lançar luz sobre o foco do envelhecimento humano e os desafios de alcançar a fase envelhecida com autonomia e autogestão à diversidade dos fatores enunciados. Por assim dizer, um desafio à trajetória.

Neste particular, transversalizar os aspectos demográficos, epidemiológicos, político-sociais, de gênero, étnico-racial se evidenciam indispensáveis.

Tal imbricamento não é uma tarefa fácil, mas necessária e urgente de ser pensada e redesenhada no cotidiano da atualidade à aceleração em que ocorrem as transformações em tempo-contexto em *mutidiversidades* de eventos.

Eventos, a exemplo do envelhecimento humano, um fenômeno multidimensional, que se avulta dia a dia, tanto no cenário mundial quanto na realidade brasileira, em destaque em números de idosos (ALVES, 2019; KÜCHEMANN, 2012). A este fenômeno dois fatores a *priori* se mostram: a questão epidemiológica e as políticas ao envelhecimento saudável e feliz, relacionada à qualidade de vida da população e as mudanças sociais (ALVES, 2019).

Trata-se de fatores que não podem ser vistos de forma unidirecional, mas enredados em uma teia que enlaça a diversidade cultural, sobretudo, tendo em observância os saberes das pessoas que se encontram no círculo da fase envelhecida. E assim, suas histórias de vida familiar, social e de trabalho (BOSI, 1994), e também, suas histórias sobre o processo de viver *com-vivendo* com Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) sem controle eficaz. Doenças muito frequente nesta fase da vida, que podem desestabilizar o eu existencial e o meio de pertencimento inter-relacional.

O contexto nacional atual é desafiador, em especial ao processo de viver saudável com dignidade. Vivemos uma época em que a densidade demográfica em número de pessoas acima de 60 e mais anos é um fato (ALVES, 2019). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (CABRAL, 2022) o número de pessoas idosas (> 60 anos) no Brasil em 2022 subiu para 15,1% o que representa em números absolutos que este grupo etário

passou de 22,3 milhões para 31,2 milhões, alcançando um crescimento exponencial de 39,8%. Uma conquista que se alcança em meio às adversidades por DCNT e o sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo suscitar o necessário e urgente pensar-agir crítico e construtivo às demandas desse grupo populacional e, neste particular, de idosas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), está entre o leque de doenças que são hostis e de alto padrão de exigência (PAIM et al., 2011; PAIM, 2013; SBC, 2019). A HAS é um complexificador que amplia os indicadores de morbidade, a citar eventos cerebrovasculares isquêmicos, produtores de incapacidade e aumento do risco de morte.

A este direcionamento lançar luz e fazer ecoar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2010-2013-2017). Uma política que tem como objetivo “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS” (BRASIL, 2017, p. 24), cujas ações tangenciam sobre “(...) princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo, e da igualdade” (BRASIL, 2013, p.17). Aponta para reafirmar os princípios do SUS, constantes na Lei nº 8.080. Assim, a potencialização do olhar sensível às demandas das pessoas de etnia/raça preta que estão sobremaneira, em maior situação de risco e vulnerabilidades às DCNT.

O descrito nas linhas precedentes enuncia a inquietude que fez originar esta pesquisa. Sua escolha advém de minha caminhada em experiência profissional nos cuidados às pessoas idosas em enfrentamento por DCNT, como HAS e Diabetes Mellitus tipo II (DM2) no município de Jequié-Bahia nos espaços da docência, pesquisa e extensão.

Tal experiência surge após concurso público para o magistério superior, no curso de Bacharelado em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em 2009. Imediatamente à entrada na UESB, me inseri em um grupo de pesquisa interdisciplinar como colaboradora e, neste, às ações junto ao “Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas – NIEFAM”, vinculado ao Departamento de Saúde II, *campus* Jequié-BA, o qual desenvolve suas ações no tripé ensino-pesquisa-extensão, alicerçado nos pressupostos teórico-epistemológicos e metodológicos da ciência pós-moderna e do Pensamento Sistêmico (COSTA, 2017). Este núcleo se constitui em um espaço de crescimento e desenvolvimento intelectual, cultural e social para a comunidade acadêmica e externa à UESB, de alcance às

populações de maior vulnerabilidade social, em sua maioria pessoas adulto-idosas em enfrentamento por DCNT. Um espaço de potencialidades ao sentimento de pertencimento e vínculos positivos que busca a troca de experiências entre os saberes da comunidade e os científicos. Trata-se de um núcleo de interseccionalidade às áreas do saber em ciências da saúde, sociais e humanas. Um ‘terreno’ profícuo ao desvelamento de saberes aos fazeres à dignidade da pessoa humana – direito constitucional para onde toda ação existencial deve voltar o olhar e exercer com respeito à vida (BRASIL, 1988)

Assim, uma trajetória de vida de inquietudes em “comichão” se expressa em meu ser na busca por aprender a apreender, perseguir saberes ao aperfeiçoamento humano para cuidar de outro humano. Saberes aos quefazeres da ciência e tecnologia ao alcance da compreensão do viver humano de mulheres idosas negras com DCNT e as vicissitudes de pertencer ao sistema sociofamiliar e de saúde, sendo este último um cenário de muitos vieses à promoção da saúde das populações, em destaque, de uma sociedade em rápido processo de envelhecimento humano, em que as questões étnico-raciais se assinalam expressivamente na mulher negra em uma cultura de muitos preconceitos, em destaque à pessoa idosa como salienta Camarano (2010).

Assim, ampliar o olhar e perscrutar o aumento da população idosa do gênero feminino e suas especificidades do *ser* mulher, mulher que para além das características morfofisiológicas próprias e do ciclo vital envelhecete, o vive em enfrentamento por doenças potencialmente desestabilizadoras dos sistemas físico-mental-social-cultural e espiritual entre outros, e ainda em meio à desestruturação do sistema público de saúde à efetividade da promoção do viver-envelhecer com qualidade de saúde. Assim, uma espiral ascendente em movimento se faz notar, exigindo que estudos de natureza mais proximal possam circundar tais questões, à guisa de ir o mais próximo quanto possível da implementação efetiva da PNSIPN (BRASIL, 2010-2013a-2017), aqui pontuando a mulher, em sua existência tempo-contexto-processo nos momentos de agora para o amanhã.

O que faz notar uma factível complexidade no enlaçamento entre o gênero feminino, a questão desvio de saúde e políticas públicas à saúde das populações nas especificidades do povo preto, e, como salienta Edgar Morin (1977) é preciso tecer um olhar sistêmico entre o todo e as partes, disto um redesenhar do cenário descrito, pois uma problemática que precisa encontrar caminhos à saída do labirinto ao qual se apresentam os elevados índices epidemiológicos de morbimortalidade de pessoas negras por DCNT, que na Bahia na faixa

etária de 30-69 anos foi de 19% para pessoas autodeclaradas pretas, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (BOLETIM, 2020).

As DCNT têm alto impacto socioeconômico para as pessoas acometidas e são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil, alcançando em 2019, 54,7% dos óbitos registrados, com uma marca de 730 mil óbitos, sendo que destes, 308.511 (41,8%) ocorreram prematuramente (FIOCRUZ, 2021).

Neste cenário desafiador ao envelhecimento humano, se constrói a pergunta norteadora desta pesquisa: **como a mulher negra com hipertensão arterial sistêmica é afetada no processo de viver-envelhecer pelo meio de pertencimento sociofamiliar e público de saúde?** À guisa de chegar o mais próximo de respostas possíveis a essa pergunta, foram elaborados os objetivos:

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

- Conhecer a história de idosas negras com hipertensão arterial sistêmica nos cuidados do meio de pertencimento sociofamiliar e sistema público de saúde.

1.1.2 Específicos

- Identificar o impacto da doença crônica, hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus II, no envelhecimento de mulheres negras.
- Descrever as narrativas de mulheres negras, as percepções de pertencimento sociofamiliar e sistema público de saúde sobre o processo de viver-envelhecer com doença crônica.
- Analisar nas narrativas de mulheres negras se o sentimento de pertencimento, sociofamiliar e sistema público de saúde, corroboram ao envelhecimento com capacidades adaptativas - a resiliência, ou injúria da doença.

1.2 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

O discorrido nas linhas precedentes nos leva a refletir sobre o impacto das DCNT na vida de pessoas idosas, nomeadamente das mulheres. A prevalência das DCNT está associada a vários fatores modificáveis, entre eles o tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, sedentarismo e alimentação inadequada que podem gerar problemas de elevado risco e complicações relacionados à autopercepção cuidativa e autonomia da pessoa, além de dificuldades ao acesso, a porta de entrada nos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) no SUS.

A alta prevalência de DCNT identificada no estudo conduzido por Roman e Siviero (2018, p. 1), evidenciou que “em mulheres com maior faixa etária, de menor escolaridade e renda, viúvas, com circunferência da cintura elevada e índice de massa corporal de sobrepeso” compõem o grupo de maior incidência de acometimento em relação a outros grupos. Corroborando com os achados apresentados Lobato et al (2021), em estudo similar que verificaram alta prevalência de DCNT em 85,9% do grupo estudado, sendo a HAS a comorbidade mais frequente, tanto para o gênero feminino quanto para o masculino.

Também Malta, Moura e Bernal (2015), analisando a prevalência de fatores de risco para DCNT quanto a variável raça/cor verificaram maior prevalência da HAS para pessoas negras, cujo fator de risco associado assentou-se em aspectos culturais e diferenças socioeconômicas, menor acesso a bens e oportunidades. Sendo destacado que as desigualdades étnico-raciais têm relevância como um marcador importante na compreensão das desigualdades sociais e dos determinantes de saúde.

O objeto desigualdades étnico-raciais é destacado como categoria de relevância a observação dos cuidados a grupos populacionais de ascendência negra, por configurar um grupo populacional de significativo risco ao desenvolvimento da HAS, ainda por sua correlação com fatores como baixa escolaridade, baixa renda, baixo acesso aos serviços de saúde, discriminação racial, dentre outros (PAULI, 2016; SILVA et al., 2016; ARAUJO et al., 2021; ROCHA; PINHO; LIMA, 2021).

Neste particular, é necessário destacar que no Brasil a desigualdade étnico-racial se pronuncia estruturalmente, assentado no longo processo de colonização, convergindo para a exclusão social das pessoas negras e a precarização do seu processo de viver humano. Disto, a população negra é sobremaneira afetada com a maior prevalência de morbimortalidade

associada à DCNT e a outras causas externas especiais como, violência e homicídios (MALTA; MOURA; BERNAL, 2015).

Corroborando com o enunciado, em 2013 foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), cujos dados revelaram uma prevalência de 66,7% de HAS “em mulheres com 70 anos ou mais, não brancas, com uma ou mais doença crônica, com excesso de peso e circunferência da cintura aumentada” (BENTO; MAMBRINI; PEIXOTO, 2020, p. 2). Em 2019 uma nova PNS foi realizada e a proporção de mulheres com diagnóstico médico de HAS foi de 26,4%, enquanto para o sexo masculino foi de 21,1%, sendo que este percentual aumenta com a idade, onde para pessoa com idade entre 60 a 64 anos foi de (46,9%), pessoas de 65 a 74 anos (56,6%) e pessoas com 75 anos ou mais de idade (62,1%). Destaque se faz para as características da raça/cor/etnia que em pessoas autodeclaradas pretas foi de 25,8%, pardas 22,9% e brancas 24,4% (IBGE, 2020). Os dados evidenciam que a HAS é mais prevalente entre as mulheres idosas de ascendência negra.

Neste cenário tão desafiador ao processo de viver saudável de mulheres idosas negras mostra-se como necessário nos questionarmos como as pessoas em meio a tanta adversidade conseguem manter controle de doenças tão hostis e de alto padrão de exigência. Isso nos leva a reflexão sobre as formas como são construídas suas relações no meio de pertencimento e as estratégias que possam circundar esse meio, ou seja, a historicidade do ser no meio sociofamiliar, para os enfrentamentos cotidianos, o que ainda pode-se lançar luz sobre a perspectiva dos modelos mentais das pessoas para a resiliência, como nos ensinam Silva, Silva, Silva e Ludovici (2015).

Considerando que a velhice se traduz em período da vida ainda mais desafiador para as mulheres, por promover desarmonia nos sistemas biológicos relacionados às DCNT, e afetar outros sistemas como os psicossociais, para os quais, estratégias aos enfrentamentos do processo de envelhecimento como fatores de proteção e adaptação são lançadas mãos como uma capacidade positiva de resistência e resiliência da mulher ao seu bem viver (SILVA JÚNIOR et al., 2019).

A compreensão sobre tais saberes se mostra como uma ponte a ser atravessada diante da problemática aqui exposta de DCNT, HAS, mulher idosa e desigualdades étnico-raciais, o que abre passagens para a apresentação da relevância deste estudo.

1.3 RELEVÂNCIA

Diante do cenário atual do envelhecimento populacional brasileiro focar o olhar sobre a problemática do processo de viver humano de mulheres, em destaque idosas e negras é uma necessidade, especialmente, pelo gênero feminino constituir o maior contingente populacional do país e ainda sem acesso efetivo às suas demandas de saúde nas especificidades do ser mulher. Em pauta, em uma sociedade que naturaliza o preconceito à mulher, designadamente, a etnia-raça e etarismo ou etarismo. Como dizem Dias e Serra (2018, p. 15), estamos diante de um problema social histórico que se traduz em um “fenômeno estruturante das sociedades contemporâneas”, carecendo de dar maior visibilidade e propulsão ao atendimento das demandas de saúde, socioeconômica, familiar e cultural entre outras da mulher idosa.

Nesta perspectiva, impulsionar os saberes-fazer de profissionais das ciências da saúde a desenvolver capacidades de olhar mais abrangente à coletividade de mulheres na atenção à inteireza e globalidade deste segmento humano, aos cuidados da saúde e para além deste, na observância de que igualmente é preciso exercitar práticas interdisciplinares transversalizada pelas ciências sociais e humanas.

Pontua-se ainda que estar-se a discorrer sobre uma temática pouco explorada, ainda que seja a HAS uma doença muito estudada. Entretanto, na intersecção em que este estudo visa empreender a torna inovadora. Assim, acreditamos na possibilidade de trazer contribuições como suplemento à carência identificada na literatura de modo a apontar caminhos que possa atravessar ‘pontes’ ao cuidado mais efetivo e resolutivo à mulher idosa negra nos mais diversos contextos de inserção humana.

2 TRANSITANDO NOS SABERES CONSTITUÍDOS NA LITERATURA

Esta revisão busca descrever o panorama da situação atual do envelhecimento populacional e as nuances que envolvem tal processo, como forma de expor as realidades encontradas frente ao tema estudado. Está, será abordada com vistas a demonstrar o “impacto” das DCNT, principalmente da HAS na vida de mulheres idosas negras em intersecção com o contexto vivencial de pertencimento étnico-racial e sociofamiliar deste segmento populacional no Brasil.

Adentrar esse universo mostrou-se como necessário diante da questão problema, foco de interesse das pesquisadoras deste estudo, a este direcionamento foram adotados os seguintes critérios: estudos de abordagem qualitativa e quanti-qualitativa, oriundos de fontes primárias, publicados nos últimos 10 anos, respectivamente ao período de 2011 a 2021 e no idioma português, indexados em bases de dados de acesso *online*, através da *Web of Science* (WOS), Google Acadêmico, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e periódicos Capes. Na estratégia de busca, os termos utilizados para identificar os artigos obedeceram ao padrão de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo utilizada a seguinte chave de busca com o booleano AND: idoso AND mulheres AND doenças crônicas AND hipertensão AND saúde do idoso AND política pública AND grupos étnicos AND resiliência psicológica.

As buscas eletrônicas foram realizadas por meio das seguintes etapas: 1º de seleção onde se procedeu à avaliação da adequabilidade dos títulos ao objetivo do estudo; 2º de seleção dos resumos com leitura flutuante e avaliação para fichamento, e 3º de leitura em refinamento dos artigos selecionados na íntegra. Deste processo 59 estudos foram incluídos de um total de 301, dos quais 182 foram excluídos por não aderirem ao tema e 60 por se estarem em dupla aparição nas bases pesquisadas.

O resultado desta busca encontra-se organizado em cinco eixos temáticos imbricados que evidenciam o contexto embasador da problemática perseguida por este estudo na transversalidade dos temas envelhecimento humano, feminização da velhice, doença crônica e o impacto da HAS no processo de viver humano da mulher negra e o alargamento destes fenômenos aos cuidados em saúde ao olhar para as políticas públicas e o contexto inter-relacional parental com a resiliência feminina. Por outras palavras, usando os saberes da interseccionalidade como ferramenta exploratória aos fenômenos em foco.

2.1 O ENVELHECIMENTO E A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE

O fenômeno envelhecimento vem despontando nas últimas décadas em decorrência de transformações no perfil demográfico e epidemiológico da população no cenário nacional, reflexo de investimentos consonantes à diminuição da fecundidade e da mortalidade infantil, entre outros fatores (SANTOS; SILVA, 2013).

Neste particular, um rápido crescimento da população idosa se evidencia, destacando o Brasil entre as nações em desenvolvimento em franco avultamento demográfico, ainda que diante de inúmeros desafios, sobretudo, para viabilizar políticas de saúde e sociais. No Brasil o envelhecimento acelerado se constitui em um dos maiores desafios da história da nação com previsão de que esse fenômeno siga a passos firmes rumo a um aumento no número de idosos de 24 milhões atuais para 66 milhões por volta de 2050 (BRASIL, 2017a).

Esse fenômeno populacional pode abalar profundamente o país que não está preparado para transformações tão rápidas em curto prazo no âmbito de questões sociais, econômicas, culturais e de saúde que podem desencadear mudanças nas “estruturas do mercado de trabalho e dos sistemas de saúde, previdência e assistência social” (BRASIL, 2017a p. 13). Assim, trata-se de perspectivas que precisam ser vislumbradas no futuro próximo para se pensar em alternativas e metas preventivas ao atendimento e suporte à população idosa.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2012 a 2017 o Brasil ganhou 4,8 milhões de idosos superando a marca para 30,2 milhões em 2017, o que corresponde a um crescimento de 18% de pessoas idosas, um número representativo no cenário nacional. Ainda, de acordo com estimativas, este grupo humano poderá chegar a 38 milhões em 2027, sendo a maioria expressiva de mulheres, 16,9 milhões (56% de idosos), enquanto os homens serão de 13,3 milhões (44% de idosos) (PARADELLA, 2018). Já segundo dados do IBGE (AMORIM, 2022), referente aos primeiros resultados sobre o contingente feminino e masculino no grupo de pessoas idosas, percebe-se um número de 57.514 mulheres (51,7%) e de 53.670 homens (48,3%).

Trata-se de uma realidade notória que exige o focar da atenção aos fatores enoveladores deste segmento humano, no qual há uma “súmula máxima” no meio geriátrico e gerontológico de que o envelhecimento populacional se configura de forma heterogênea, por quanto precisa ser perspectivado sobre questões de diferentes grupos e temas de natureza

étnica, de gênero, de desvio de saúde, política e socioeconômicas entre outros (SILVA; DAL PRÁ, 2014).

Sobre este aspecto, é salutar afirmar que diante do número expressivo de mulheres quando comparado ao contingente masculino, o que podemos caracterizar como feminização da velhice (NICODEMO; GODOI, 2010; ALMEIDA et al., 2015; NASCIMENTO, 2015; DIAS; SERRA, 2018; MAXIMIANO-BARRETO et al., 2019), e considerando que está ainda se constitui uma realidade mundial enquanto fator determinante na discussão do gênero, torna-se necessário para o conhecimento dos aspectos pertinentes ao fenômeno, considerar as vicissitudes dessa fase da vida da mulher na observância do transcorrido em outras fases do seu ciclo vital.

O envelhecimento se manifesta de forma heterogênea, o que nos leva ao entendimento da diferenciação na construção dos papéis sociais entre homens e mulheres. Sendo assim, falar da feminização da velhice implica analisar enquanto gênero a vida da mulher idosa em suas dimensões biopsicossociais associadas ao fenômeno do envelhecer.

As mulheres de uma forma geral e nomeadamente as idosas, enfrentam muitos desafios ao longo do ciclo vital que estão intimamente imbricados na sua qualidade de vida e saúde, envoltos por uma complexidade de fatores nos níveis biológico, psicológico e social, prevalentes através de alterações funcionais nos sistemas orgânicos do corpo nessa fase de vida, influenciando nas particularidades do *ser* mulher e idosa na sociedade (MAXIMIANO-BARRETO et al., 2019).

Neste aspecto, as mulheres sofrem mais implicações biológicas e fisiológicas quando comparadas aos homens, e evidencia-se como um componente importante de investigação nas questões relacionadas à saúde da mulher idosa. Disto, destaca-se que o predomínio de mulheres na população idosa não quer dizer sinônimo de viver melhor, considerando que as mulheres acumulam ao longo da vida, desvantagens das mais variadas em relação aos homens, como discriminação, violência, salários inferiores, solidão pela viuvez, dupla jornada de trabalho, maior probabilidade de serem mais pobres, gerando maior dependência de recursos externos (NICODEMO; GODOI, 2010; ALMEIDA et al., 2015; NASCIMENTO, 2015; MAXIMIANO-BARRETO et al., 2019).

Colaborando com o enunciado, os estudos realizados por Almeida et al. (2015) e Nascimento (2015) com mulheres idosas na faixa etária de 60 e mais anos, principalmente entre os 70 e 80 anos, que frequentavam grupos de convivência da terceira idade, destacaram

um alto índice de mulheres com baixa escolaridade, baixos rendimentos tanto individual como familiar advindos em sua maioria de pensões e benefícios da previdência social, bem como, elevado índice de viuvez.

Segundo Nascimento (2015), a viuvez perpassa não só pelas questões da sobrevivência masculina como também por aspectos de ordem sociocultural relacionada à aceitação coletiva de que o homem viúvo, separado ou divorciado, possa recompor sua vida familiar e conjugal com outras mulheres até mais jovens, enquanto para as mulheres viúvas, separadas ou divorciadas se espera que “se dediquem à família e ao cuidado dos filhos” (NASCIMENTO, 2015, p. 199).

Outros estudiosos ratificam o enunciado anteriormente, entretanto, trazem às discussões fatores sobre as capacidades positivas das mulheres ao destacarem que as idosas buscam enfrentar as dificuldades e desvantagens acumuladas ao longo da jornada da vida de forma mais otimista, com maior procura pelos serviços preventivos e de saúde, melhores hábitos de vida, desempenho de diferentes papéis sociais em suas trajetórias de vida, e ainda do fator hormonal, como da ação dos hormônios estrogênio e progesterona, que contribuem para uma maior expectativa de vida das mulheres até a fase envelhecida, com estimativas de que elas vivam em média cinco a sete anos a mais do que os homens (NICODEMO; GODOI, 2010; ALMEIDA et al., 2015; DIAS; SERRA, 2018; MAXIMIANO-BARRETO et al., 2019).

No entanto, a feminização da velhice pode significar para a maioria das mulheres, em foco as mulheres negras, mais risco do que vantagem, tendo em vista a concepção machista que socialmente impera de serem fisicamente frágeis em relação aos homens, como evidenciado no imaginário social, disto desencadeando um problema médico-sanitário-social de grande magnitude. O ser mulher em sua especificidade demanda cuidados diferenciados e específicos ao envelhecimento saudável. Trata-se de garantir o direito de envelhecer com dignidade, saúde, autonomia, independência e segurança (NICODEMO; GODOI, 2010; DIAS; SERRA, 2018;).

Do ponto de vista apresentado acima, a feminização da velhice não está vinculada apenas ao expressivo feminino com idade avançada, mais relacionada a fatores de ordem social, econômica e cultural que repercutem nas condições de saúde e qualidade de vida deste grupo populacional, nomeadamente a comparação de mortalidade entre homens e mulheres, sendo a mortalidade dos homens superiores a das mulheres em todas as idades, relacionada principalmente à maior exposição dos homens a causas externas (consumo de tabaco e álcool,

assassinatos, homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, de trabalho, atropelamento e outros), e a pouca assiduidade aos serviços de saúde (NASCIMENTO, 2015; DIAS; SERRA, 2018).

Outro aspecto que merece destaque é que o envelhecimento traz consigo implicações e alterações de cunho biológico aos vários sistemas orgânicos, como os sistemas endócrino, respiratório, cardiocirculatório, digestório e musculoesquelético, bem como, perda do turgor e elasticidade da pele, perda da dentição, perda motora, atrofia muscular e doenças osteomusculares (MAXIMIANO-BARRETO et al., 2019). Entretanto é preciso destacar, que o envelhecimento não deva ser unicamente associado a fenômenos de ordem patológica, contudo, estes se revertem em potencial de risco com o transcorrer da idade, fazendo com que surjam novas doenças ou as existentes evoluam, principalmente em consonância ao estilo de vida, que pode desencadear o aparecimento de DCNT (DIAS; SERRA, 2018; MAXIMIANO-BARRETO et al., 2019).

Sobre isto, estudo desenvolvido por Almeida et al. (2015) que buscou avaliar as percepções de idosas sobre a sua autoavaliação do estado de saúde, constatou haver problemas de natureza recorrente vivenciados por elas, sendo verificado que “70% avaliaram sua condição de saúde boa e 15% como regular (...), 95% relataram ter algum problema de saúde”; e quando investigado os problemas de saúde mais frequentes e identificados entre elas, os mais comuns “foram: hipertensão arterial (55,3%), diabetes (26,3%) e problema de coluna (18,42%)” (ALMEIDA et al., 2015, p. 122).

Diante ao apresentado neste eixo, as DCNT se destacam como um fator de impacto na qualidade de vida e saúde de mulheres idosas, caracterizando-se por alterações patológicas frequentes na fase da vida - envelhecimento.

2.2 O ENVELHECIMENTO E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

O envelhecimento como observado no eixo anterior traz consigo alterações próprias de declínio dos sistemas morfofisiológicos predispondo as pessoas ao acometimento por DCNT (BRASIL, 2011a; SILVA; SILVA, RODRIGUES; MIYAZAWA., 2015). Sobre este aspecto, os idosos são o grupo populacional que apresenta a maior incidência e risco para o desenvolvimento dessas doenças, com expressiva relevância no cenário brasileiro em consideração a transição na pirâmide etária (SILVA; SILVA, RODRIGUES; MIYAZAWA., 2015; LOBATO et al., 2021). Disto, pontua-se que a população idosa é mais vulnerável a

DCNT, o que contribui para o desenvolvimento de incapacidades físicas e comprometimento da qualidade de vida e saúde (LOBATO et al., 2021).

A prevalência de DCNT entre os idosos chama a atenção para a frequência de comorbidades, condição bastante comum a esse grupo populacional, que ainda é fortemente influenciada por fatores socioeconômicos, demográficos, estilo de vida e estrutura familiar. Sobre esta observa Melo et al. (2019), que a frequência de multimorbidade em idosos varia de 30,7% a 57,0%.

Malta et al. (2017), Roman e Siviero (2018) e Lobato et al. (2021) destacam que fatores como história familiar; tabagismo; consumo de álcool; sedentarismo; obesidade; alimentação não saudável com altas concentrações de gorduras trans e saturadas, sal, excesso de açúcar e dislipidemia são agentes potencializadores do surgimento de novos casos de DCNT, bem como, favorecem o aumento de risco de complicações em pessoas que já convivem com essas doenças.

Estudo realizado por Roman e Siviero (2018) com 165 mulheres idosas, para avaliar a prevalência de DCNT e sua associação com os fatores de riscos clássicos, como os descritos acima, constatou haver maior prevalência entre as mulheres com faixa etária acima de 60 anos (29,1%), com baixa escolaridade e renda. Dados como a circunferência da cintura foram identificados com elevação e o índice de massa corporal em sobrepeso, demonstrando um percentual de 38,2% de casos.

Também em estudo conduzido por Lobato et al. (2021), amostra de 135 idosos longevos, para identificar a prevalência de DCNT autorreferida e associada ao perfil sociodemográfico, detectou uma média de idade de 85,8 anos com predominância de mulheres (61,5%), sendo de baixa escolaridade (56,3%), com baixa renda per capita familiar, benefícios da previdência social e viuvez em 52,6%. A prevalência de DCNT na população pesquisada foi de 85,9%, sendo que nas mulheres idosas esse percentual foi mais elevado, sendo 88% para mulheres e 82,7%, para os homens, destacando a HAS como a comorbidade mais frequente entre os ambos os gêneros, com taxa de 69,6% de acometimento.

Considerando o apresentado nos estudos, podemos destacar que a mulher idosa é sobremaneira acometida pelas DCNT e embora sua expectativa de vida seja superior à do gênero masculino, elas estão sob constante risco de desvio de saúde, evidenciando-se deste modo, a necessária atuação em políticas públicas em medidas de promoção e prevenção a sua

qualidade de saúde e vida, evitando-se assim, complicações e hospitalizações em decorrência das DCNT.

As DCNT se caracterizam como doenças de longa duração, com etiologia múltipla e períodos prolongados de latência com impacto elevados nos custos do setor saúde devido às altas taxas de atendimentos ambulatoriais e internações, e no contexto do SUS, em 2018 foi de aproximadamente 3,45 bilhões de reais, ou seja, mais de 890 milhões de dólares (NILSON et al., 2020). Por seu turno, os custos para a pessoa acometida por doenças crônicas e seus familiares são incalculáveis, nomeadamente às questões de enfrentamento psicossociais.

É relevante ainda pontuar que as DCNT têm alta taxa de morbimortalidade no segmento idoso e só no ano de 2009 totalizou 72,4% de mortes (BRASIL, 2011a; DUNCAN et al., 2012), já em 2013 o ocorrido foi de 66% (CAMPOLINA et al., 2013), sendo que em 2021 foi de 72% (FIOCRUZ, 2021). Doenças que em sua maioria afetam o aparelho circulatório, metabólico, respiratório, celular – o câncer –, e outros, com impacto significativo aos grupos vulneráveis: pessoas idosas, de baixa renda e escolaridade.

No contexto da pandemia pela COVID-19 o grupo etário mais acometido foi a de pessoas idosas com 75% de mortalidade. Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2020), no Brasil a marca sombria ultrapassou 100 mil mortes.

Considerando as altas taxas de morbimortalidade por DCNT, Malta et al. (2019), analisando as tendências no Brasil, no período de 2000 a 2013 e a probabilidade de morte até 2025, evidenciou declínio médio de 2,5% ao ano no grupo das quatro principais DCNT (doenças respiratórias crônicas, cardiovasculares, diabetes e neoplasia) em todas as unidades federativas, sendo a probabilidade de morte prematura em 2000 de 30% reduzida para 26,1% em 2013, com estimativa de queda para 20,5% em 2025. Malta et al. (2019, p. 1-3) ainda argumentam que essa tendência de queda prevê “que o Brasil atinja a meta global de redução de 25% até 2025, ano de conclusão do Plano de Ação Global de DCNT”.

Ante o exposto, as prerrogativas de queda da mortalidade prematura por DCNT no Brasil são positivas, no entanto, necessário se faz intensificar ações de promoção e prevenção à saúde e implementar eficazmente as políticas públicas no incentivo aos bons hábitos de vida e saúde das pessoas, bem como, investimentos no setor saúde, na atenção básica e no acesso às tecnologias de média e alta complexidade, ao cuidado integral das pessoas sob enfrentamento por DCNT (MALTA et al., 2019).

A prevenção e controle das DCNT se fundamentam na redução da sua incidência e prevalência; no postergar o aparecimento de complicações e incapacidades; minimizando a gravidade; e prolongando a vida das pessoas com qualidade. Assim, foi criado, organizado e implantado no Brasil o Sistema de Vigilância de DCNT no SUS, com o objetivo de “reunir um conjunto de ações que possibilita conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças” (MALTA et al., 2017, p. 663).

No Brasil as principais fontes de dados para a vigilância das DCNT, são os sistemas de informação de morbimortalidade e os inquéritos de saúde que acontecem periodicamente ou de maneira especial (MALTA et al., 2017). Dentre as fontes, o sistema de vigilância de Fatores de Risco (FR) e proteção integrado, com o intuito de fornecer informações e prover evidências para o acompanhamento de mudanças nos comportamentos de saúde da população. Para tanto, foram organizados os inquéritos epidemiológicos, como o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) que acontece de forma contínua anualmente; a Pesquisa Nacional do Escolar (PeNSE) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de modo a possibilitar o conhecimento da situação e do diagnóstico de saúde da população brasileira (MALTA et al., 2017).

A atenção e olhar mais sensível do sistema de saúde no Brasil referente às DCNT advêm de 2011 quando foi organizado e implantado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022, que estabeleceu metas para a redução de fatores de risco (FR) e mortalidade por DCNT no país, sendo uma “ferramenta relevante para o alcance das metas e dos objetivos do Desenvolvimento Sustentável e do Plano Global de Enfrentamento das DCNT” (MALTA et al., 2017, p. 661). Para o qual as informações que foram e continuam a ser produzidas por meio do Sistema de Vigilância de DCNT, contribuíram e contribui para apoiar a implementação de estratégias a nível setorial e intersetorial, que resultam no apoio à execução do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022, e favorece o monitoramento e a avaliação periódica dos resultados e destes o repensar ações de controle e tratamento (MALTA et al., 2017).

Segundo Malta et al. (2017), vários foram os investimentos ao longo da última década no Brasil, concernente a ampliação do acesso aos serviços de saúde, medicamentos, apoio diagnóstico, capacitação de recursos humanos e o desenvolvimento de políticas públicas ao fortalecimento da atenção à saúde integral das pessoas em enfrentamento por DCNT e comorbidades relacionadas.

Muitas têm sido as conquistas, contudo, os desafios ainda são prevalentes oriundos de uma sociedade desigual, de pouca oportunidade em bens e serviços, em destaque de acesso equânime ao SUS e, uma sociedade que discrimina a pessoa idosa, a mulher e os de etnia/raça negro-pardo o que potencializa os fatores de riscos e promovem morbimortalidade associadas às DCNT. Neste particular, o foco deste estudo se assenta na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por ser uma das DCNT de alta prevalência entre a população idosa, considerando também o aspecto étnico-racial, pessoas negras e pardas. No tocante, um tema essencial à discussão sobre a saúde da população negra, como sendo um dos grupos populacionais, em destaque na literatura, mais acometido pela condição crônica HAS. Do que, faz emergir o eixo subsequente ao desdobramento desta problemática à saúde de pessoas idosas negras.

2.2.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a saúde da população negra

A HAS é uma condição crônica frequentemente assintomática que evolui com alterações estruturais e funcionais em órgãos-alvo como coração, cérebro, rins e vasos, sendo ela “o principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua para Doenças Cardiovasculares (DCV), Doença Renal Crônica (DRC) e morte prematura” (BARROSO, 2021, p. 8), associando-se também a fatores de riscos metabólicos como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM) (SANTANA et al., 2019; BARROSO, 2021). Trata-se de uma doença, cujo impacto é significativo, no âmbito de custos em saúde médico-hospitalar e socioeconômicos, em decorrência das complicações nos órgãos-alvo, que podem ser fatais e não fatais. As complicações no coração podem ser a Doença Arterial Coronária (DAC), Insuficiência Cardíaca (IC), Fibrilação Arterial (FA), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), e morte súbita. No cérebro o Acidente Vascular Encefálico (AVE) que pode ser o Isquêmico (AVEI) ou Hemorrágico (AVEH) e a demência; nos rins a Doença Renal Crônica (DRC) que pode evoluir para a necessidade de terapia hemodialítica; e, no sistema arterial a Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) (MARIN; SANTANA; MORACVICK, 2012; LOPES; MARCON, 2013; ZATTAR et al., 2013; ANDRADE et al., 2014a; FERRARI et al., 2014; MENDES; MORAES; GOMES, 2014; VIEIRA et al., 2016; NEVES et al., 2017; SANTOS; CUNHA, 2018; SANTANA et al., 2019; BARROSO, 2021; ROCHA; PINHO; LIMA, 2021).

Relevante se faz destacar os dados epidemiológicos do Brasil referente à prevalência da HAS e comorbidades associadas aos órgãos-alvo, em que as DCV são consideradas as

principais causas de mortes, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais. Segundo dados do DATASUS (2017), no total de ocorrência de 1.312.663 óbitos, o percentual de 27,3% foi relacionado às DCV, destas, 45% foram mortes por DAC e IC; 51,0% por doença cerebrovascular e 13,0% diretamente relacionada à HAS. Sendo que, a HAS associada a outras lesões nos órgãos-alvo provoca mais mortes do que ela por si só (BARROSO, 2021). Ainda, conforme dados da Carga Global das Doenças (GBD) no ano de 2017 as DCV foram responsáveis por 28,8% do total de mortes entre as DCNT, revelando um percentual de 18 milhões de mortes, ou seja, 31,8% (BARROSO, 2021).

Considerando o evidenciado, a HAS se apresenta como um importante problema de saúde pública, tendo em vista sua alta prevalência e as comorbidades associadas aos órgãos-alvo, a morbimortalidade e os custos elevados com tratamento. Além disso, se caracteriza como doença silenciosa, por vezes assintomática, o que dificulta o diagnóstico precoce, a procura aos serviços de saúde preventivos e a adesão ao tratamento dos casos diagnosticados pelo elevado padrão de exigência na responsabilidade dos cuidados pessoais com a doença.

A HAS se caracteriza como uma DCNT definida por níveis pressóricos elevados e persistentes da Pressão Arterial (PA), ou seja, PA Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA Diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida pelo menos em duas ocasiões diferentes com técnica correta e na ausência de medicação anti-hipertensiva. Essa enfermidade é considerada uma condição clínica multifatorial, com elevadas taxas de prevalência na sociedade e associada a fatores de riscos genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais (LOPES; MARCON, 2013; NEVES et al., 2017; SANTANA et al., 2019; BARROSO, 2021).

Evidências científicas demonstram que a HAS é de elevado risco à morbimortalidade pelas complicações advindas das comorbidades destacadas anteriormente, e igualmente aos fatores de riscos relacionados: a) intrínsecos (genética/hereditariedade, sexo, idade e etnia) e, b) extrínsecos (tabagismo, sedentarismo, obesidade/sobrepeso, estresse, dislipidemia, dieta - ingestão de sódio, álcool e fatores socioeconômicos - menor escolaridade, baixa renda familiar e condições de habitação inadequada) (MENDES; MORAES; GOMES, 2014; BARROSO, 2021).

Neste particular e a olhar para a temática desta pesquisa, mostra-se como necessário colocar o foco sobre os fatores de risco sexo, idade e etnia, que no imbricamento com o

envelhecimento humano potencializa a HAS, cuja resposta apresenta os resultados de “(...) enrijecimento progressivo e da perda de complacência das grandes artérias” (BARROSO, 2021, p. 8).

Em relação ao fator de risco sexo, no grupo etário mais jovem, a HAS é mais elevada entre os homens, sendo que, a partir de 65 anos é mais prevalente nas mulheres. Segundo Barroso (2021, p.8), “em ambos os sexos, a frequência de HAS aumenta com a idade, alcançando 61,5% e 68,0% na faixa etária de 65 anos ou mais, em homens e mulheres, respectivamente”. Ainda, segundo dados do VIGITEL referentes ao ano de 2020, no conjunto das capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, o percentual de mulheres acima de 18 e mais anos com diagnóstico médico de HAS foi de 26,2% enquanto entre os homens foi de 24,1% (BRASIL, 2020).

O fator de risco etnia é considerado um importante indicador para a HAS, igualmente condições socioeconômicas e hábitos de vida. Entretanto, vale expor os dados do VIGITEL referentes a 2018, que evidenciaram não haver diferença significativa entre negros e brancos quanto à prevalência de HAS, sendo o percentual de 24,9% em negros contra 24,2% em brancos (BARROSO, 2021). Contudo, como se trata de uma pesquisa por meio telefônico é significativo destacar que o acesso a bens e serviços não é igualitário, e pessoas de etnia/raça negro-parda ainda se constituem no grupo humano as margens de tal acesso, exemplo disto se encontra enunciado na PNSIPN (BRASIL, 2017).

Estudo conduzido por Andrade et al. (2014a), para investigar a prevalência de HAS em idosos por meio do perfil sociodemográfico, fatores de riscos e complicações associadas, identificou alta prevalência de HAS nos subgrupos de mulheres com baixa escolaridade e não brancas, sendo os fatores de riscos destacados, sedentarismo, sobrepeso (IMC elevado) e obesidade abdominal, e, entre as complicações identificadas AVE e doença renal (DR), sendo observado que a melhora na evolução da pressão arterial foi visível após o início do tratamento clínico.

Em outro estudo, Zattar et al. (2013) ao estimar a prevalência e investigar os fatores associados à pressão arterial elevada, conhecimento e tratamento em idosos, identificou alta prevalência de HAS associada à dependência funcional, idade e IMC elevados. No concernente ao conhecimento sobre a doença, nas mulheres, foi associado à idade, IMC elevado, pior percepção em saúde e consulta médica recente. Quanto ao tratamento, este foi mais associado aos homens idosos, com dependência funcional, pior percepção em saúde e

consulta médica recente. Assentados nos resultados encontrados, os autores enunciaram que embora as políticas públicas de saúde devam ser universais, se faz necessário direcionar atenção especial aos subgrupos vulneráveis, por meio de ações de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e controle da HAS, e que seja priorizado o diagnóstico precoce e garantido o tratamento aos diagnosticados.

Vieira et al. (2016) em pesquisa para identificar a prevalência referida de HAS, os fatores de riscos e evidenciar as práticas de controle em idosos adscritos a uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), identificou que a prevalência foi de 63,5%, com idade média de 70 anos, a maioria de mulheres, casadas, com baixa escolaridade e renda familiar abaixo de dois salários mínimos, sendo os fatores de riscos associados às variáveis: faixa etária e trabalho remunerado. Quanto às medidas de controle, destacaram o uso irregular de medicamentos anti-hipertensivos, dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso, controle e tratamento da HAS.

Estudo similar ao supracitado, realizado por Santana et al. (2019) com idosos hipertensos acompanhados por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), identificou que 56,4% dos idosos apresentavam PA controlada, sendo que nas mulheres houve maior taxa de descontrole 86,2% e, os fatores de riscos associados foram idade avançada, alcoolismo, obesidade e sobrepeso à configuração do perfil sociodemográfico.

Como apontado no estudo de Vieira et al. (2016), o uso de medicamentos anti-hipertensivos tão-somente não é suficiente como medida de controle e tratamento da HAS e das complicações em órgãos-alvo. Segundo BARROSO (2021), o controle e tratamento da HAS envolve a prevenção primária através de cuidados com o controle do peso; dieta saudável com ingestão de baixa quantidade de gordura e de carboidratos, dando preferência a uma dieta vegetariana/vegana; restrição de sódio; ingestão adequada de potássio; atividade física regular; baixa ingestão de bebida alcoólica; controle do estresse emocional; ingestão de suplementos alimentares como vitamina C, fibras, ômega 3 e outras; abandono do tabagismo e da exposição ao fumo passivo e busca pela espiritualidade.

Demonstra-se, deste modo, a importância da ESF e das UBS como ‘agentes’ de acompanhamento e orientação à população em sua área de abrangência, principalmente a população idosa com diagnóstico de HAS. As ESF e as UBS atuam com uma equipe multiprofissional, sendo que a(o) enfermeira(o) tem papel especial no atendimento, orientação, acompanhamento e promoção de medidas de controle e cuidados às pessoas, em

destaque, idosas hipertensas, como salientam BARROSO (2021), como destaque o Programa Hiperdia (BRASIL, 2014).

Mendes, Moraes e Gomes (2014), observando a evolução da prevalência de HAS em idosos entre os anos de 2006 e 2010 no Brasil, identificaram que a prevalência na faixa etária acima de 65 anos não se mostrou linear, mas em elevação com predomínio de mulheres idosas com baixa escolaridade.

O que se observa nestes estudos é uma sobreposição de dados referentes à HAS que se amplia à medida que nos aprofundamos na investigação bibliográfica, a exemplo do estudo conduzido por Andrade et al. (2014b), para analisar a associação entre os fatores socioeconômicos e a qualidade de vida de idosos hipertensos atendidos por ESF no qual foi identificado que os fatores socioeconômicos influenciadores da qualidade de vida foram o estado conjugal, escolaridade e religião. Estes elementos, segundo os resultados da pesquisa, devem promover ações de saúde e procedimentos clínicos para minimização dos impactos da HAS na qualidade de vida e saúde de pessoas idosas.

Considerando que o estado conjugal foi um dos fatores socioeconômicos destacado por Andrade et al. (2014b), relacioná-lo com a vivência em família, o que remete ao contexto sociofamiliar de cuidado, contribui ao acompanhando e incentiva a adoção de medidas de controle e tratamento da HAS, prevenção de comorbidades e morbimortalidade.

Sobre isto, Lopes e Marcon (2013) salientam que é necessário que os profissionais de saúde interajam com a família da pessoa idosa para identificar possíveis dificuldades nas medidas de controle e cuidados específicos ao tratamento da HAS, para que essa participação familiar no cuidado possa ser estimulada e realizada, antes da ocorrência de complicações que levem a uma dependência total de cuidados, e, que é preciso pensar um modelo de cuidado assistencial que resulte em práticas e atividades de prevenção de doenças e agravos que incluam a pessoa com hipertensão e sua família. Entretanto, chamam atenção para as relações familiares no que tange situações como hipervalorização ao tratamento medicamentoso, atitudes pouco incipientes na adoção de práticas saudáveis e a presença de comportamentos, costumes e crenças que possam interferir tanto positivamente quanto negativamente nos cuidados com a hipertensão.

As famílias, do estudo supracitado, buscaram acompanhar o cuidado ao ente idoso hipertenso, porém esse cuidado tornou-se mais intenso e presente a partir de uma dependência física ocasionada de um cuidado inadequado da HAS. Este dado corrobora ao entendimento

da necessidade da família estar presente no cuidado direto ao idoso, independente de limitações, como forma de prevenir a ocorrência de complicações e em consideração à dificuldade da pessoa idosa em gerenciar adequadamente seu autocuidado. Muitas vezes a pessoa idosa é resistente em aceitar ajuda, mas é necessário que os familiares acompanhem na condução do seu tratamento. Além disso, necessário se faz o contato com profissionais de saúde, da ESF e/ou UBS, de modo à obtenção de informações sobre o controle das condições clínicas (LOPES; MARCON, 2013).

Do exposto, é profícuo enunciar que os profissionais de saúde devem exercer uma práxis interdisciplinar, entrelaçando conhecimentos de multiáreas e do saber da comunidade que assiste visando resultados mais exitosos aos enfrentamentos de desvio de saúde das pessoas, o que, conseqüentemente, redesenhará o contexto com eficiência e resolutividade do cuidado.

Lançando feixes de luz de modo a ampliar o foco de visão sobre a problemática da população negro-parda e a HAS, especificamente por ser o maior contingente populacional em prevalência da doença em comparação a população branca, ainda que os mecanismos envolvidos nessa diferença não sejam totalmente compreendidos, mas considerando o histórico dos fatores socioeconômicos, a exclusão social e discriminação racial vivenciada pela população brasileira afrodescendente, podem estes indicadores influenciar a distribuição, a frequência e as causas das DCNT, em particular da HAS (PAULI, 2016; BRASIL, 2017b).

Conforme estudo realizado por Borges (2011), cujo objetivo foi investigar a prevalência da HAS em populações rurais afrodescendentes/quilombolas, da Amazônia brasileira, com 142 mulheres e 122 homens, sendo destes 81,55% na faixa etária de 18 a 59 anos, 15,47% de 60 a 79 anos e 2,98% com 80 anos ou mais. Os dados evidenciaram que a prevalência de HAS entre os homens foi de 22,11% e em mulheres de 30,72%, comprovando que as mulheres apresentam HAS estágio II mais do que os homens e que a idade teve correlação com a doença na população estudada. O autor destaca que os fatores biológicos, como o excesso de peso e socioecológico, como sentimento de discriminação racial (racismo), baixa renda, hábitos alimentares não saudáveis, uso de álcool (50,85%), tabagismo (24,78%), falta de informação e de acesso a serviços de saúde, situações presentes entre o grupo estudado, estão relacionados às elevadas taxas de prevalência na amostra estudada. Reforça ser necessária a compreensão da ontogenia da HAS entre as populações quilombolas

vulneráveis da Amazônia e a importância de planejamento em políticas públicas adequadas à realidade socioambiental dessas comunidades.

Colabora ao estudo apresentado, Pauli (2016) ao identificar a prevalência de fatores associados à HAS em adultos residentes em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul (RS), sendo evidenciado no grupo pesquisado, 90,7% de etnia/raça negro-preta, baixa escolaridade (80% com ensino fundamental incompleto), baixa renda (63,3% recebem menos de ½ salário mínimo), grau de isolamento (81,7% residem em áreas isoladas rurais) e o impacto substancial da HAS nesse contingente populacional despontando como necessária políticas públicas que garantam acesso aos direitos fundamentais: saúde, renda e escolaridade.

Já o estudo de Silva et al. (2016) buscando determinar a prevalência de HAS e investigar fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, detectou igualmente fatores associados como, sexo feminino, idade, menor escolaridade, maior renda per capita, uso de medicamentos, obesidade, diabetes mellitus. A prevalência de HAS foi de 38,5%. Os autores consideram a luz dos resultados, a necessária implementação de ações intersetoriais direcionadas para a adequação da infraestrutura e do funcionamento do serviço de saúde local, com vistas à promoção da saúde por meio da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da HAS e outros agravos à melhoria das condições de vida e saúde dessa comunidade quilombola.

Outro estudo com comunidade quilombola foi conduzido por Araújo et al. (2021), que analisou os fatores associados ao desenvolvimento da HAS em indivíduos residentes na região centro-sul do Estado do Piauí (PI), sendo constatado como fatores associados ao desencadeamento da HAS: sexo feminino, etnia/raça negro-preta, casados, baixa escolaridade e renda, consumo elevado de temperos industrializados, produtos industrializados (biscoitos, refrigerantes e outros), falta de orientação nutricional e baixa procura pelos serviços de saúde. O percentual dos que autorreferiram presença de HAS foi de 37,8%, sendo que destes 22,9% eram mulheres e 14,9% homens. Dos resultados, os autores recomendam a necessidade de mudança na filosofia de trabalho e assistência da ESF, na busca por planejar e ampliar ações de educação em saúde no atendimento às necessidades reais vivenciadas pelos moradores das comunidades quilombolas, implementação ativa de visitas domiciliares à promoção de vínculo potencializadores de um cuidado efetivo em saúde da população.

Os estudos de Borges (2011), Pauli (2016), Silva et al. (2016) e Araújo et al. (2021), têm similaridades nos fatores de riscos associados à prevalência da HAS em comunidades

quilombolas e o olhar sensível permite verificar que trata-se de contextos de vida sob enfrentamentos de processos de discriminação, exclusão étnico-racial e socioeconômica. Ainda a elevada prevalência de HAS entre as mulheres idosas com pertencimento étnico-racial e ancestralidade negro-parda, e também que as vicissitudes em situações de vulnerabilidade social impactam sobremaneira o processo de viver envelhecer humano.

Segundo Brasil (2017) a população negra tem menos acesso à saúde e representa a maior parcela do público total atendido pelo SUS, em comparação a população branca, o que torna a população negra de fato, SUS – dependente. A ela está assinalada precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, elevada prevalência de DCNT e doenças infecciosas, altos índices de violência, além de vivenciar o racismo.

Considerando os aspectos referidos, em 2009, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a PNSIPN, que segundo Brasil (2017, p. 24), “tem como marca: o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”. A PNSIPN surge como estratégia de potencialização dos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade, a guisa do cuidado/atendimento respeitoso, não discriminatório nas instituições públicas, privadas e filantrópicas e nos serviços de saúde oferecidos pelo SUS.

Diante as exposições dos estudos até aqui apresentados, mostra-se como necessário percorrer caminhos que possam contribuir ao viver envelhecer com dignidade e qualidade de cuidados à saúde deste grupo populacional para o qual saberes sobre a resiliência pode contribuir ao processo de viver humano de idosas negro-pardas em enfrentamento por DCNT, a exemplo da HAS.

Assim sendo, o próximo eixo temático busca percorrer caminhos ao direcionamento dos saberes sobre resiliência, enquanto estratégia contribuinte ao processo de viver humano adaptativo positivo.

2.3 A RESILIÊNCIA, CONSTRUCTO DE SABERES À ADAPTAÇÃO POSITIVA DO SER MULHER AO ENFRENTAMENTO DE DCNT

A resiliência é um termo oriundo da física referente à habilidade de alguns materiais, que após certo estímulo apresentam capacidade de flexibilidade, elasticidade e plasticidade (YUNES, 2003). A compreensão sobre tais características por estudiosos das ciências sociais e humanas os permitiram trazer tais propriedades para os seus estudos, fazendo com que fosse

amplamente utilizado, principalmente na psicologia e por terapeutas de família (PINHEIRO, 2004).

Segundo Anaut (2005), a resiliência é compreendida como um processo dinâmico e evolutivo, variando consoantes as fases e circunstâncias da vida da pessoa de acordo aos enfrentamentos e/ou traumatismos experimentados que se exprimem de multiversas formas.

Portanto, a resiliência refere-se à habilidade da pessoa enfrentar situações adversas, conflitantes e traumáticas com potencialidades de superá-las e seguir adiante mais positivamente (SILVA; SILVA, SILVA; LUDOVICI, 2015).

Neste particular, e ao olhar para o contexto do envelhecimento em enfrentamento por doenças em um sistema de saúde sucateado, empoderar as pessoas às suas capacidades resilientes para que possa agir em sua própria defesa de maneira construtiva às demandas de seus cuidados, torna-se um fator de proteção individual, de desenvolvimento pessoal, familiar, espiritual, cultural, ambiental, social e adaptativo ao compromisso com sua própria vida.

A doença crônica gera mudanças na vida da pessoa idosa e de sua família, que nem sempre estão adaptadas a enfrentar de maneira adequada essas mudanças, ocasionando dificuldade no cuidado e controle das DCNT, levando ao estresse, sofrimento e agravamento da condição crônica. Contudo, nesse contexto, muitas pessoas conseguem ultrapassar as dificuldades enfrentadas e se manterem aderentes ao tratamento e ao enfrentamento da doença como algo a ser superado, mesmo diante de incontáveis problemas que envolvam os diversos âmbitos de sua vida. Essa característica é associada à compreensão de resiliência.

A resiliência, enquanto constructo da práxis de cuidados pela ciência enfermagem, ainda é pouco estudada, entretanto, bastante explorada pela ciência psicológica e timidamente em outras ciências da saúde. Por seu turno, estudiosos salientam tratar-se de uma modalidade de cuidados, necessária às pessoas em enfrentamento por condições crônicas de saúde (VASCONCELOS et al., 2019). Disto, se evidencia necessário ampliar a rede de estudos sobre resiliência na área da enfermagem, sobretudo, com a população idosa que convive em enfrentamento por DCNT, e principalmente, idosas negro-pardas em enfrentamento por HAS, tendo em vista ser o grupo populacional mais atingido no cenário nacional, e ainda, se apresenta em maior contingente nos dados demográficos referente à etnia-raça.

Ampliando os saberes sobre resiliência, Silva, Silva, Silva e Ludovici (2015) e Silva et al. (2015) salientam que se trata de um processo dinâmico que envolve fatores biológicos e psicossociais, em que as pessoas para superar as adversidades ou condições de riscos,

desenvolvem habilidades adaptativas positivas, que permitem mudanças interiores para lidar com situações de enfrentamentos, a exemplo das doenças e das limitações impostas por estas. Desta forma, a resiliência promove controle sobre o impacto negativo das doenças para a convivência com as consequências físicas, sociais, emocionais dentre outras.

A pessoa em enfrentamento crônico, especialmente pela HAS necessita se adaptar a novos hábitos de vida, sendo necessário muito esforço, dedicação, persistência e atitude positiva à superação da situação vivenciada. Assim, a resiliência como constructo mostra-se como contributo importante para o controle desta e de outras doenças crônicas.

A DCNT acomete pessoas de variáveis faixas etárias, como apresentado no eixo 2.2, porém, o grupo constituído por pessoas idosas e mais idosas é o mais acometido, neste particular, a olhar para o parágrafo precedente observa-se o agravamento da condição de saúde por duas nosologias de estreita relação a este grupo humano. Assim, segundo Araújo; Silva e Santos (2017) potencializar as pessoas idosas às características positivas, resiliência, é relevante para que os mecanismos de superação das adversidades na velhice sejam mobilizados,

Neste particular, destaque se faz ao processo de envelhecimento, sendo este gradual e se desenvolvendo ao longo do transcorrer da vida por meio de mudanças biológicas, fisiológicas, psicossociais e funcionais. O próprio processo de envelhecimento natural pode desencadear o aparecimento de DCNT, geradoras de disfunções no viver e envelhecer da pessoa. Então, a resiliência precisa está para os cuidados em saúde como uma ‘Tecnologia de cuidados’, como salientam Silva, Silva, Silva e Ludovici (2015).

Neste direcionamento, estudos têm sido desenvolvidos como o de Araújo, Silva e Santos (2017), que comparando os níveis de resiliência entre idosos de diferentes classes sociais (baixa e alta renda), observaram que mesmo diante das dificuldades impostas pelo processo de envelhecimento, ambos os grupos apresentaram aspectos positivos que se sobressaíram aos negativos quanto ao constructo resiliência. Similarmente, Silva et al. (2012), analisando as características resilientes por meio do perfil emocional de um grupo de idosos em atendimento por equipe multidisciplinar, identificaram nos idosos melhor controle emocional ao nível de resiliência na manutenção da saúde física, mental, bem-estar e prazer como benefícios para um envelhecimento saudável. Os autores ainda assinalaram a necessidade de que os idosos participem mais frequentemente de grupos organizados de atendimento multidisciplinar/interdisciplinar, pois, os mesmos favorecem a interação coletiva

em atividades de lazer, lúdicas e físicas, como forma de promover qualidade de vida e saúde ajudando-os a conviver com as limitações impostas nessa fase da vida de forma resiliente. Exemplo disto, se observa no NIEFAM, cenário deste estudo, que como um núcleo interdisciplinar tem como tecnologia de cuidados os constructos sobre resiliência.

A resiliência e o envelhecimento ativo também foram estudados por Oliveira, Kamimura e Nogueira (2021), estes autores caracterizam o processo de resiliência em idosos e sua influência no envelhecimento ativo. No estudo, foi enunciado pelas pessoas idosas limitação física, dores, solidão, criação dos netos e filhos e a falta de confiança nas pessoas como os principais desafios ao envelhecimento ativo, enquanto, aos fatores de proteção foram enunciados ser mãe, vínculos afetivos com os filhos e netos, fé, saúde, prática de exercícios físicos, uso de medicamentos, ser responsável e honesto. Segundo os autores, o grupo apresentou bom nível de resiliência por apresentar capacidade de adaptar-se e manter o seu bem-estar.

A etnia/raça negro-parda, nos recortes mulheres idosas e resiliência, é evidenciada em estudos, mas ainda mostra-se timidamente como temática investigada. No cenário atual alguns estudos foram identificados construindo esta intersecção, como os de Prestes (2013), Silva, Silva, Silva e Ludovici (2015), Silva et al. (2015) e Bello (2017), que seguem na composição desta revisão de literatura, segundo os descritores de busca.

No estudo de Prestes (2013) o objetivo foi analisar processos de resiliência em mulheres negras, considerando aspectos de transmissão psíquica e de simbolismos associados a significados de pertencimento a manifestações negras. Os resultados deste estudo evidenciaram elevado grau de superação às adversidades pelas mulheres, contudo, no tocante a efeitos nocivos à saúde psíquica, não foi significativamente, e, tal achado foi relacionado às condições de saúde das mulheres negras sob precariedades a bens e serviços comprometendo a saúde psíquica e levando a óbitos evitáveis. Salienta a autora que os dados revelam os efeitos do racismo e do sexismo em nossa sociedade. Ainda, considera que mesmo diante de tantas adversidades o ‘peso’ é suportado, a superação e transcendência são alcançadas, porém nem sempre os efeitos da situação são elaborados psiquicamente. Deste modo, destaca: a resiliência pode estar presente, mas “não pressupõe ausência de danos; ela pode ocorrer a partir e apesar deles” (PRESTES, 2013, p. 152).

Por sua vez Bello (2017), direcionou sua abordagem para conhecer o processo de construção da identidade da mulher negra na sociedade brasileira e as possibilidades de

resiliência em suas trajetórias, através do conhecimento e compreensão destas histórias de vida e influências familiares, de escola e outros espaços em que se encontram inseridas.

Sobre as reflexões que a autora Bello (2017) fez sobre a temática de sua pesquisa, considerou que as trajetórias das mulheres negras que participaram do estudo são circundadas por obstáculos cotidianos que não as intimidam, pelo contrário, as motivam à realização e concretização de seus sonhos individuais e coletivos. Evidência que o processo de resiliência pode ser estimulado, elaborado e concebido, e, que as histórias de vida, a exemplo do grupo pesquisado, podem servir de fonte de inspiração, reflexão e motivação para novas gerações, de modo “(...) a necessidade do equilíbrio entre o enfrentamento e o fortalecimento de postura, o reconhecimento e o respeito das diferenças” (BELLO, 2017, p. 211).

Silva et al. (2021) objetivando realizar intervenção educativo-cuidativa na perspectiva do empoderamento de mulheres em fase de climatério/menopausa e em enfrentamento crônico por HAS e DM2, e avaliar o efeito da intervenção nos marcadores de HAS, DM2 na percepção de viver a faixa etária da meia-idade, identificaram nas mulheres elevada capacidade positiva e autoestima nos cuidados aos desvios de saúde e na compreensão do processo saúde-doença, cuja adaptabilidade foi potencializada por meio da estratégia cuidativa de empoderamento feminino à resiliência. Esta pesquisadora conduz um grupo interdisciplinar de estudos de tessitura às questões do envelhecimento humano feminino, de etnia/raça negro-parda, DCNT e resiliência (SILVA, 2020; SILVA et. al., 2020; SILVA et. al., 2015). Os estudos oriundos deste grupo têm como filosofia de trabalho a intersecção das temáticas apresentadas de modo a contribuir para a comunidade científica.

Ante o exposto, aqui se assinala uma “via de mão dupla” em que a potencialidade humana esteja no centro da questão, e assim, perspectivar o empoderamento das pessoas às suas capacidades resilientes às adversidades impostas pela roda viva da vida. Assim, necessário se faz avançar na jornada e ampliar o olhar ao entendimento da trajetória da evolução e construção histórica de Políticas Públicas de Saúde no Brasil específicas a saúde das populações, nomeadamente a pessoa idosa, mulher e etnia/raça.

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: OLHARES SENSÍVEIS

O Brasil vem enfrentando nas últimas décadas o avançar do processo de envelhecimento de sua população, o que tem se apresentado como um dos maiores desafios da

sua história, tendo em vista a necessidade de transformações nas políticas públicas, sociais e de saúde, no atendimento e suporte a população idosa, na promoção do processo de viver com subsistência, dignidade e qualidade de vida (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

Deste desafio, mostra-se neste estudo a necessidade de apresentar a trajetória da evolução histórica das Políticas Públicas do Brasil, em destaque àquelas que têm o foco direcionado às temáticas que o estudo ora apresentado se direciona.

Iniciamos pelas primeiras discussões sobre políticas de inclusão e ação ao direito e defesa dos idosos, na década de 1930, com a institucionalização do sistema de proteção social brasileiro a partir de uma articulação nacional e regulação estatal (DRAIBE, 1990; MEDEIROS, 2001; CARDOSO JÚNIOR; JACCOUD, 2005; CASTRO et al., 2009), cujos olhares para o futuro a época assinalava certa preocupação com o cenário de envelhecimento humano do país. Entretanto, o passo adiante e avante se deu com a Constituição Federal em 1988, a guisa de universalizar o sistema de proteção social brasileiro, cujo caráter teceu-se para ampliar direitos sociais, universais de acesso aos serviços, expansão da cobertura, afrouxamento do vínculo contributivo e a concepção de seguridade social como uma forma ampla de proteção social (DRAIBE, 1990). O resultado perseguido trouxe impactos positivos à população em geral e, em particular, à idosa.

Entretanto, necessário se faz retroceder no tempo para um evento que sacudiu as estruturas do país de modo a Constituição Cidadã, como é chamada pelo povo brasileiro. Trata-se do ocorrido nas discussões da Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), na cidade de Viena na Áustria, em 1982, com a presença de representantes de diversos países do mundo, inclusive do Brasil. Como resolutive desse evento, foi elaborada a Carta de Viena, o primeiro Plano de ação internacional sobre Envelhecimento Humano, que se constituiu como marco para o estabelecimento de uma agenda internacional ao planejamento de uma política pública de atendimento ao idoso nas áreas econômica, social, médica e legal (ESCOBAR; MÔURA, 2016; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

No tocante à população idosa, na Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), esta foi especialmente beneficiada por políticas de acesso a uma renda mínima e outros direitos, que ao longo daquela década e das que se seguiram foram sendo instituídos, como a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), em 1993 (BRASIL, 1993), a Política Nacional do Idoso (PNI), em 1994 (BRASIL, 1994), a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)

(BRASIL, 1999); o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003); a Política Nacional de Assistência Social; a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (CAMARANO; PASINATO, 2004; BRASIL, 2006; CAMARANO; 2006; CAMARANO; MELLO; KANSO, 2009). Também ao acesso às aposentadorias e pensões por morte (benefícios contributivos) e não contributivos a idosos carentes (CAMARANO, 2010).

Foi, portanto, a promulgação da Constituição Federal de 1988 que introduziu o conceito de seguridade e ampliou seu entendimento desvinculado do contexto social, trabalhista e assistencialista, reforçando a conotação de cidadania, incluída no capítulo de Ordem Social, que trata de questões da família, da criança, do adolescente e do idoso, trazendo grande avanço às políticas de proteção social aos idosos brasileiros (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

A Constituição Cidadã garantiu a participação da sociedade civil, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas a todos os/as brasileiros(as) com dignidade, sendo o direito à saúde universal e integral do qual fez surgir o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018; TORRES et al., 2020). O SUS veio para ampliar os direitos sociais, assegurar a cidadania através da promoção da justiça social e para superação das desigualdades na assistência à saúde da população (BRASIL, 2011b), destacamos de população idosa de modo a “preservar a saúde e a qualidade de vida (...) bem como atendê-la em suas doenças” (SANTOS; SILVA, 2013, p. 361).

2.4.1 Um breve portfólio sobre as políticas públicas de saúde criadas para atender as demandas da população idosa

A Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso, regulamentado pelo Decreto nº 1.948 de 03/07/1996 (BRASIL, 2010).

A PNI foi criada com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, propiciando condições para a promoção de sua autonomia, integração e participação de forma efetiva, garantida através do Estado, da família e da sociedade, como direito à cidadania e na defesa de sua dignidade, bem-estar e direito à vida, cabendo a estes a aplicação dessa lei, considerando as diferenças sociais, econômicas e regionais (BRASIL, 2010; BRAGA et al., 2016; ESCOBAR; MÔURA, 2016; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

Nesta política está a garantia ao idoso assistência à saúde nos vários níveis de atenção do SUS: prevenção, promoção, proteção e recuperação, mediante a implementação de programas e serviços instituídos pelo SUS.

Desta forma, a PNI é necessária ao envelhecimento como uma responsabilidade da toda a sociedade e do Estado e não apenas das pessoas idosas (BRASIL, 2010; BRAGA et al., 2016; ESCOBAR; MÔURA, 2016; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

Observa-se nesta política importantes obrigações que compete aos órgãos e entidades públicas, a exemplo de estimular a criação de locais destinados ao atendimento dos idosos, centros de convivência, casas-lares, atendimentos domiciliares, oficinas de trabalho e outros, ainda apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, promover a universalização do acesso a variadas formas do saber e impedir a discriminação do idoso e potencializar a participação no mercado de trabalho, seja no setor público e ou privado (BRASIL, 2010; BRAGA et al., 2016).

Em 1999, através da Portaria Ministerial nº 1.395 foi publicada a PNSI, em ampliação à PNI (BRASIL, 1999), que determinou aos órgãos e entidades que promovessem a elaboração ou a readequação de planos, projetos, programas e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999; TORRES et al., 2020).

A PNSI em sua nova configuração traz como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, considerando que o principal problema que afeta a vida da pessoa idosa é a perda de sua capacidade funcional ou habilidades físicas e mentais, tão necessárias para a manutenção na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 1999; BRASIL, 2006a; TORRES et al., 2020).

Na PNSI (BRASIL, 1999), as diretrizes abaixo foram definidas como essenciais:

(...) a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 1999, p. 7).

O foco central desta política está na promoção do envelhecimento saudável e na manutenção da capacidade funcional máxima do indivíduo que está envelhecendo, valorizando sua autonomia ou autodeterminação e a preservação da independência física e

mental, na atenção sobre as doenças físicas e mentais serem geradoras de dependência e, conseqüentemente, de perda da capacidade funcional (BRASIL, 1999).

Em um processo de expansão sobre o descrito na PNI e na PNSI é criado o Estatuto do Idoso que foi aprovado pela Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, entrando em vigor em 1º de janeiro de 2004.

O Estatuto do Idoso, elaborado com a participação intensa de entidades de defesa aos interesses dos idosos, que surgiu com o objetivo de ampliação da resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa (BRASIL, 2006b; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018; TORRES et al., 2020).

Para Dias e Pais-Ribeiro (2018) o Estatuto do Idoso foi elaborado como reflexo da não efetivação e implementação das políticas que o antecederam. Sendo assim, destacam-se neste os princípios e direitos já propostos na Constituição de 1988, na PNI e na PNSI. Em seu Art. 3º lê-se:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003, ART. 3º).

O Estatuto do Idoso veio agregar novos pressupostos às necessidades de proteção aos idosos, visando atribuir um tratamento integral e o estabelecimento de medidas destinadas à promoção do bem-estar dos idosos em seu meio de convívio sociofamiliar.

Este estatuto, em parceria com a PNI, torna-se um dispositivo de gestão do Estado na formulação e execução de políticas públicas aos direitos e deveres da população idosa, assegurados a partir de uma legislação específica (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018; TORRES et al., 2020).

Os esforços para assegurar uma vida digna à pessoa idosa por meio do Estatuto do Idoso são alvo de críticas por falta de efetivação. Contudo, há ganhos que precisam ser vistos como os direitos da pessoa idosa garantidos através das seguintes instituições e órgãos: Conselho do Idoso; SUS; Sistema Único de Assistência Social; Vigilância em Saúde; Poder Judiciário; Defensoria Pública; Ministério Público e Polícia Civil. A eficiência dessa rede pode garantir a efetividade dos direitos da pessoa idosa (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

Ainda, como forma de ampliar as conquistas advindas pelas políticas anteriores, a exemplo da PNSI, em 2006 é publicada a Portaria nº 399/GM, cujo teor propunha as

Diretrizes do Pacto pela Saúde com três dimensões: Pacto pela vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Essa portaria buscou proporcionar maior efetividade, força e qualidade na resolução do sistema de saúde, redefinindo as responsabilidades no atendimento das necessidades de saúde da população e da equidade social (BRASIL, 2006a; TORRES et al., 2020).

O Pacto pela Saúde, traz a atenção à saúde do idoso como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas do governo, levando a readequação da PNSI que passa a ser Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulada pela Portaria MS/GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, tendo o propósito principal a atenção integral da pessoa idosa (BRASIL, 2006a; TORRES et al., 2020).

A PNSPI em sua nova redação tem como finalidade “(...) recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006a, p. 3).

Nesta perspectiva, busca articular o sistema de saúde pública às necessidades da população idosa, diante da iniquidade social vivenciada. Os cuidados à saúde devem ter como porta de entrada à Atenção Primária à Saúde (APS), por equipes de Saúde da Família, rede de referência e contrarreferência aos serviços especializados de média e alta complexidade, bem como de Hospitais Gerais e Centros de Referência à Saúde do Idoso (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018; TORRES et al., 2020).

A PNSPI (BRASIL, 2006a) considera que se deve envelhecer com saúde, de forma ativa e livre de qualquer tipo de dependência funcional, sendo proposto em suas diretrizes:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a, p. 6).

Entende-se que a PNSPI e o SUS estão fundidos no que se refere a universalidade e equidade na atenção à saúde da pessoa idosa em maior vulnerabilidade social, de forma a minimizar condições desiguais na sociedade.

Segundo Duarte e Moreira (2016), a PNSPI está construída na lógica da integralidade da atenção ao idoso, possibilitando abertura as particularidades da pessoa idosa, buscando focar nas questões relacionadas às fragilidades e as capacidades funcionais, sendo um instrumento regulador importante para a sociedade e o Estado.

A legislação brasileira apresenta avanços significativos no que se refere aos cuidados da população idosa, porém na prática suas ações ainda são insatisfatórias, exigindo-se que as diretrizes da PNSPI sejam compartilhadas e executadas em parceria com outros setores da esfera pública. Neste particular, os gestores do SUS precisam estabelecer metodologias de articulação permanente em suas privativas áreas de abrangência, visando consolidar e efetivar compromissos com parceiros na integração institucional, que viabilize a promoção, prevenção e integração da saúde de pessoas idosas (BRASIL, 2006a; TORRES et al., 2020). Sobre isto, compreendemos que é necessário envolver a pessoa idosa e desenvolver habilidades sobre saber ouvir, escutar e perscrutar o *ser idoso* ao remodelamento da atenção em saúde e de políticas públicas de *inclusões-cuidado*.

Do exposto, no apresentado nesta revisão de literatura, se nos apercebe ser imprescindível o desenvolvimento de estudos de forma a contribuição à ciência e aos cuidados humano, diante da lacuna que ainda se evidencia referente à conhecer as histórias de vida de pessoas em enfrentamento por DCNT, em destaque mulheres de etnia/raça negro-parda, sentimento de pertencimento, assistência de saúde pelo SUS e constructos de cuidados que transversalize os saberes sobre resiliência e o *ser* resiliente.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Transitar pela temática que este estudo se envereda é se colocar em atenção às muitas vielas, bifurcações e caminhos, para ver enxergando a mulher e o envelhecimento feminino, em contextos de vicissitudes e empoderamento de um gênero de resistência e resiliência, a um histórico social de opressão, que muito tem buscado subalternizar a mulher inferiorizando seu saber-fazer em decorrência de um corpo tido como fraco.

A essa concepção míope este estudo se contrapõe e lança luz à potencialidade do ser-existir da mulher. Mulher em fase de envelhecimento, de historicidade cultural que intergeracionalmente constrói histórias e reforça suas características que reluz e ecoa no meio de pertencimento social e familiar. Disto conhecer como descrito no objetivo deste estudo este ser que na velhice, ainda tem que se refazer cotidianamente para enfrentar o desvio de saúde por condições crônicas e lutar para a sua visibilidade no sistema de saúde às especificidades de ser mulher, em destaque mulher negra e idosa.

Os caminhos a percorrer para a sustentação de nossa percepção das potencialidades desta mulher serão atravessados pelas políticas públicas no cenário nacional, como apresentado de forma breve no eixo precedente na tentativa de ampliar o foco, sendo iniciado pela Constituição do Brasil, as políticas de saúde e da pessoa negra e outras. Também para as questões de gênero, raça e etnicidade e tão importante quanto trazer à tona as discussões sobre as DCNT, que impactam sobremaneira o envelhecimento humano, nomeadamente da mulher, e desta, lançar luz sobre suas capacidades positivas. Aqui, em foco, os saberes sobre a resiliência.

Para esta trajetória foram traçados cinco eixos temáticos, de modo a ir construindo um mosaico em intersecção sobre o processo de viver-envelhecer da mulher em nossa sociedade, a olhar para um contexto local e deste para o geral, partindo da compreensão de Boaventura Souza Santos (2008). Assim, deixar a nossa inquietude de pesquisadoras-cuidadoras ascender em questões para clarear o caminho aos cuidados a esse grupo humano.

3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL, MATERIALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O Brasil vem passando por profundas transformações em sua trajetória político-social – após anos de domínio como colônia de Portugal desde os anos de 1500, conquistando sua

independência política em 1822, mas só se tornando república em 1889 –, vivenciando um período de regime de governo autoritário, nomeadamente de uma ditadura militar, que teve início no ano de 1964 a 1985. Após esse longo período, o Brasil consolidou-se como uma democracia, regido pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário (PAIM et al., 2011; ALBUQUERQUE, 2015).

Considerando o enunciado acima, podemos pontuar que as discussões promovidas pelo Movimento Sanitário e outros movimentos políticos e sociais iniciados em meados da década de 1970, ainda sobre o domínio do regime militar, contribuíram para o alcance da Constituição Federal de 1988, na defesa pela saúde e pela criação do SUS, este igualitário, universal e equânime à promoção, proteção e recuperação à saúde do povo brasileiro (ALBUQUERQUE, 2015).

O objeto ‘Movimento Sanitário’ trouxe para a discussão o modelo sanitarista campanhista predominante, que estava voltado apenas ao controle das doenças endêmicas rurais e das epidêmicas que se distribuíam em toda a extensão do território brasileiro. Um modelo que perpetuava uma alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias. Diante desse cenário começaram-se significativas discussões e debates políticos sobre as condições da saúde da população brasileira, ainda em um período de ditadura militar (ALBUQUERQUE, 2015).

Desse cenário, extremamente crítico, as pressões exercidas pelo movimento sanitário e demais movimentos políticos e sociais sobre o governo, resultaram na convocação da VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1980, que abordou a temática sobre a implantação e desenvolvimento de serviços básicos de saúde, na perspectiva da Atenção Primária em Saúde (APS). A VII CNS pautou-se nas recomendações da Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, que formalizou em suas entrelinhas a APS como modelo assistencial com fundamentos básicos à saúde da população (BRASIL, 2011b; ALBUQUERQUE, 2015).

Considerando os avanços advindos da luta do movimento sanitário e após a VII CNS, o passo adiante foi à realização da VIII CNS, no ano de 1986, que reuniu um contingente de participantes e representantes das forças políticas e sociais que lutavam efetivamente pela reforma política de saúde do país, sendo legitimada, como o marco da Reforma Sanitária e a saúde como direito, e na reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento setorial. Cabe destacar ainda, que uma das recomendações mais importantes da VIII CNS foi

a criação pelo MS, de uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), que teria como função primordial atuar com legitimidade nas discussões para a elaboração da “Nova” Constituição Federal, fortalecendo e subsidiando os aspectos relacionados ao tema da saúde (BRASIL, 2011b; ALBUQUERQUE, 2015).

Sobre este aspecto, é salutar afirmar que no período entre o fim da ditadura militar e o início da redemocratização iniciada em 1985, o Brasil caminhou a passos largos na efetivação da garantia dos direitos à saúde, sociais, previdenciários e assistenciais à população, na égide dos direitos universais a todo cidadão e cidadã, o que se tornou uma realidade tangível, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que na seção II da saúde em seu Art. 196 diz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 91).

Ainda, em seu parágrafo único na seção II, declara:

O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988, p. 91).

Assim, convém pontuar que após a VIII CNS em 1986 até a promulgação da Constituição Federal, em 1988, passou exatamente um ano de discussões, que culminaram na conquista dos direitos à saúde do povo brasileiro, sendo delineados os fundamentos alicerçadores para a construção do SUS, contemplando um dos mais importantes resultados das lutas dos movimentos políticos e sociais da reforma sanitária (PAIM et al., 2011; ALBUQUERQUE, 2015).

Em 1990, o SUS foi regulamentado – As Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, foram as responsáveis por regulamentar a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e a transferência intergovernamental de recursos financeiros, bem como dispor sobre a participação da sociedade na gestão do SUS (BRASIL, 2011b). Além destes, outros dispositivos legais contribuíram para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, como as Normas Operacionais Básicas (NOB), entre as quais citamos a NOB 91; NOB 93; NOB 96; a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) n.º 01/2001 e o Pacto pela Saúde, criado em 2006 (ALBUQUERQUE, 2015). O escopo do SUS se assenta em promover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, através da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, na busca por promover a

participação da comunidade em todos os níveis de governo, municipal, estadual e federal (PAIM et al., 2011).

O SUS caracteriza-se por ser um sistema hegemônico, responsável pela atenção à saúde da população brasileira, que disponibiliza serviços médico-hospitalares de média e alta complexidade privados e/ou conveniados e de apoio estatal. Assim, destaca-se pela abrangência de um conjunto de serviços ambulatoriais especializados com apoio diagnóstico e terapêutico, serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, com ênfase para o Serviço Móvel de Urgência (SAMU); bem como, rede hospitalar de média e alta complexidade conveniado ao SUS, e ainda, de forma mais significativa, a oferta de serviços básicos de saúde através da APS, por meio, da Estratégia de Saúde da Família (ESF), compondo um conjunto de ações destinadas à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, no controle de doenças e agravos (PAIM et al., 2011; ALBUQUERQUE, 2015).

Dos seus desdobramentos o SUS perspectivou políticas de atenção às pessoas idosas. Vale destacar a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, criada com o objetivo principal de garantir uma política de proteção às pessoas necessitadas de apoio e assistência social (BRASIL, 1993).

No Capítulo I das Definições e Objetivos, no Art. 2º diz:

A assistência social tem por objetivos: I – a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente: a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à **velhice [grifo nosso]** (BRASIL, 1993).

Ainda nesta, no Capítulo IV dos Benefícios, dos Serviços, dos Programas e dos Projetos de Assistência Social, na Seção I Art. 20, destaca-se:

O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao **idoso** com sessenta e cinco anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família **[grifo nosso]** (BRASIL, 1993).

Aqui, podemos pontuar a importância desta lei na vida da pessoa idosa, sobretudo da mulher idosa negra, que em suas relações de pertencimento sociofamiliar sobrevive a situações de vulnerabilidade, onde nomeadamente o principal apoio financeiro advém do benefício assistencial recebido.

Perseguindo a proteção da pessoa idosa, em 04 de janeiro de 1994, foi promulgada a Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996 (TORRES et al., 2020).

A PNI no Capítulo I, da finalidade destaca:

Artigo 1º - A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2010, p. 5)

Considerando o disposto, a PNI buscou estabelecer como princípio norteador garantir os seus direitos de cidadania, de renda, de vínculos relacionais, sendo que a família, a sociedade e o Estado são os responsáveis por assegurar à pessoa idosa sua participação na comunidade, buscando a defesa a sua dignidade, bem-estar e o direito à vida. Disto, destaca-se que compete aos poderes públicos e a sociedade civil a aplicação dessa lei, no entendimento de que necessário se faz atentar para as diferenças sociais, econômicas e regionais. Em resumo, o envelhecimento humano diz respeito a toda a sociedade e não apenas às pessoas idosas; demonstrando a necessidade de transformações na estrutura social de forma a ser o idoso o agente e destinatário de ações em todas as políticas setoriais e de saúde (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018; TORRES et al., 2020).

Neste entendimento, em 10 de dezembro de 1999 através da Portaria Nº 1.395, é aprovada a PNSI, pelo MS, que determina aos órgãos e entidades a ele vinculado, a responsabilidade no planejamento, elaboração ou readequação de seus programas, projetos e atividades em consonância com as diretrizes estabelecidas (BRASIL, 1999).

Como se pode depreender, a proposta da PNSI está embasada no pressuposto de que o processo de envelhecimento da população idosa brasileira exige uma preparação adequada para atender às demandas dessa faixa etária. Essa preparação envolve diferentes aspectos relacionados à adequação do ambiente no fornecimento de recursos materiais e humanos capacitados, com propósito definido à implementação de ações e cuidados específicos de saúde, sobretudo, considerando que o envelhecimento populacional extrapola a esfera familiar e individual, tornando-se uma responsabilidade da sociedade e da esfera pública, assim compreendido, do Estado, das organizações não-governamentais e demais segmentos sociais (BRASIL, 1999).

Nesse sentido, a PNSI tem como finalidade básica a promoção do envelhecimento saudável, pensado a partir da conservação e da melhoria da capacidade funcional dos idosos, na perspectiva da prevenção de doenças e/ou agravos, na recuperação da saúde daqueles em adoecimento e na reabilitação dos que venham a ter a sua aptidão funcional restrita, contribuindo para garantir a sua permanência no seu meio de pertencimento sociofamiliar, de forma a exercer com independência as suas funções na sociedade (BRASIL, 1999).

Em convergência com o referido e com base nas diretrizes instituídas pela Constituição Federal de 1988 e a criação da PNI, convém destacar outra medida essencial no resgate aos princípios já instituídos anteriormente, a criação do Estatuto do Idoso, por meio da Lei nº 10.741, de 10 de outubro de 2003, considerada uma das maiores conquistas deste segmento da população brasileira. O advento do Estatuto do Idoso legitima a garantia de direitos já determinados e destacados nos parágrafos precedentes, de que a proteção ao envelhecimento é um direito social intransferível que deve permitir um envelhecer saudável e com dignidade mediante a efetivação das políticas públicas (BRASIL, 2003).

A concepção do Estatuto do Idoso advém de uma reflexão crítica, em consonância a ausência de efetividade e não implementação de medidas de proteção e de ações da PNI, e com isso, reiterar os dispositivos com vistas a reforçar as diretrizes já contidas na PNI. Nesse sentido, o Estatuto do Idoso e a PNI se caracterizam como dispositivos do Estado por meio de um conjunto de normas, diretrizes e ações destinadas ao atendimento e cuidado da população idosa (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

O Estatuto do Idoso foi elaborado a partir de intensas discussões e participações de entidades políticas e sociais. A proposta busca ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da pessoa idosa (BRASIL, 2006b).

Em suas disposições preliminares, o Art. 2º, assevera que:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003).

Colaborando ao descrito é profícuo afirmar que o Estatuto do Idoso veio contribuir para assegurar direitos fundamentais às pessoas na fase envelhecete, e por isso é considerado como um dos principais instrumentos no Brasil, sua aprovação representou um passo importante na legislação brasileira, por acolher os princípios que orientaram as discussões no tocante aos direitos humanos da população idosa, destacando a competência do Estado, da Sociedade e da Família como os responsáveis pela proteção e penhor desses direitos (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

Ante o pontuado, é preciso considerar que alguns temas não foram contemplados no arcabouço legal do Estatuto do Idoso, fazendo-se necessário reavaliar as questões: estabelecer as fontes de financiamento para as ações propostas, implementar medidas de apoio à família no enfrentamento ao cuidado do idoso dependente no domicílio como também no âmbito

hospitalar e inclusão nos serviços de saúde de ações que venham contribuir para a promoção de uma finitude de vida digna para os idosos acometidos por uma doença terminal. Todas essas considerações devem ter como referência a estrutura legal da Constituição Federal de 1988 (CAMARANO, 2013).

Necessário ainda se faz destacar que no ano de 2006, com a evolução do processo de descentralização e municipalização das ações e serviços do SUS, o MS, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram as responsabilidades que competem aos três níveis de gestão do SUS. Desta parceria, foi elaborado e implementado o Pacto pela Saúde, que sugeriu a efetivação de acordos entre os municípios, os estados e o governo federal para a reforma de diretrizes institucionais vigentes, no direcionamento em promover inovações nos procedimentos e instrumentos de gestão do SUS (BRASIL, 2006a; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018; TORRES et al., 2020).

O Pacto pela Saúde foi implementado a partir de três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. A principal finalidade do Pacto pela Saúde foi propiciar maior efetividade, eficiência e qualidade nas respostas às demandas de funcionamento do sistema de saúde, redefinindo as responsabilidades coletivas no alcance de resultados sanitários em consonância com as necessidades de saúde da população buscando maior equidade social (BRASIL, 2006a; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018; TORRES et al., 2020).

Com base nas premissas apresentadas, o Pacto pela Vida, destacou a atenção à saúde do idoso como auge dos objetivos e metas prioritárias na agenda de implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulada pela Portaria MS/GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, em substituição à Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, referente à PNSI (BRASIL, 2006a; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018; TORRES et al., 2020).

A PNSPI tem como um de seus maiores desafios, articular o complexo sistema de saúde pública às demandas de cuidados à saúde da população idosa, assinalada por uma realidade histórica de escravidão e discriminação dos povos de etnia/raça negro-pardos e originários (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

Cabe destacar que a PNSPI, considera em suas diretrizes a promoção do envelhecimento saudável e ativo, enfatizando a necessidade de “facilitar a participação das pessoas idosas em atividades sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas

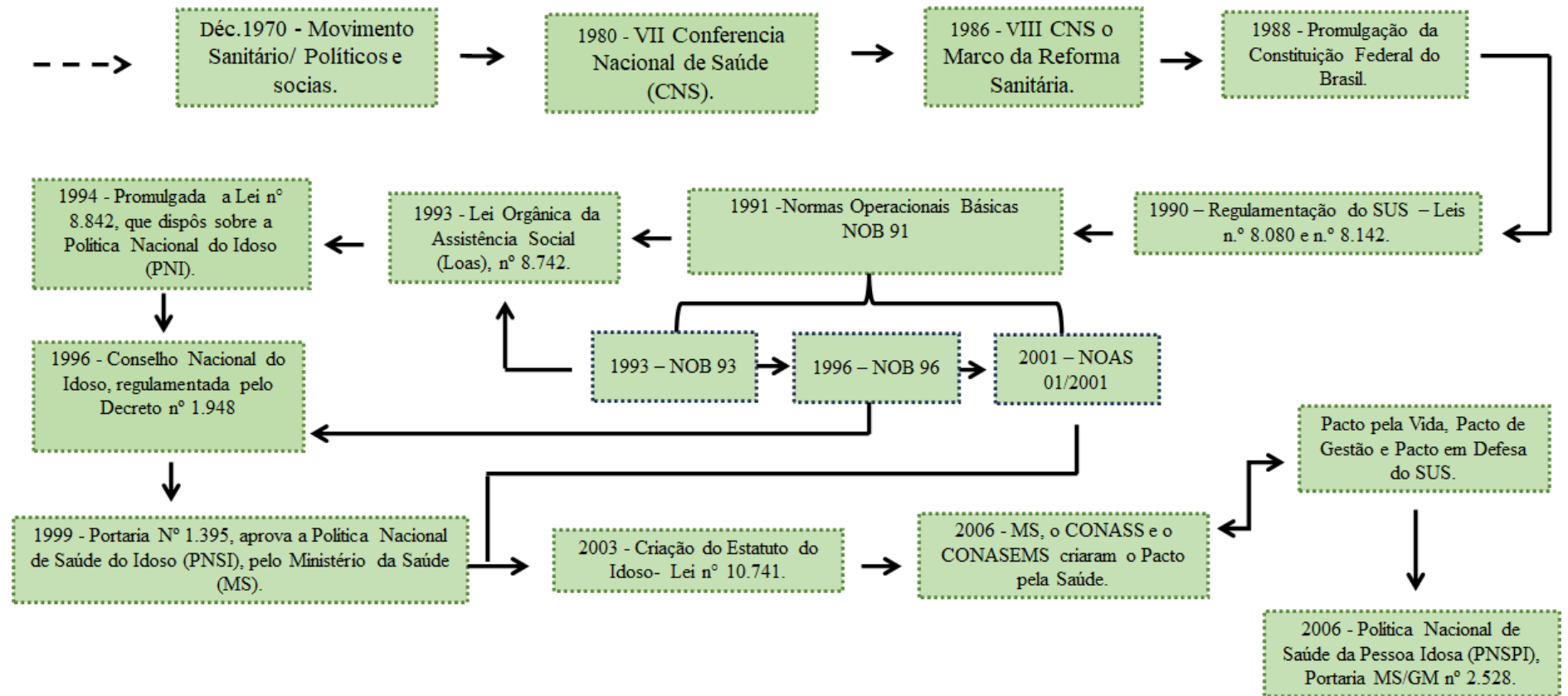
demandas e prioridades” (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018, p. 417). Além disso, define que a atenção à saúde da pessoa idosa terá como porta de entrada a APS, tendo como referência uma rede especializada de média e alta complexidade, com vistas à prevenção de doenças crônicas e outros agravos à saúde, à recuperação e preservação da saúde, melhoria e reabilitação da aptidão funcional, assegurando sua permanência em seu meio de pertencimento sociofamiliar de maneira independente (BRASIL, 2006a; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

Considerando o termo envelhecimento ativo impresso pela PNSPI, convém destacar que o mesmo foi adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no final dos anos 1990 e conceitua-se como, “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” World Health Organization (WHO, 2005, p. 13).

Diante o exposto, o termo envelhecimento ativo se aplica tanto a indivíduos como a grupos populacionais, permitindo que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, mental e social ao longo do ciclo da vida, de forma a propiciar proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários, promovendo a participação contínua na sociedade combinada às suas necessidades, desejos e capacidades. Assim, o “objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados” (WHO, 2005, p. 13).

Do apresentado, se mostra como necessário uma síntese em um fluxograma (Figura 1), que se faz por meio de uma linha de tempo, objetivando um olhar em foco sobre as sinuosidades das políticas públicas no contexto brasileiro.

Figura1. Linha do Tempo de Políticas Públicas no Brasil: contextos ao envelhecimento humano.



Fonte: elaboração própria das pesquisadoras (2023).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL, DESDOBRAMENTOS À SAÚDE DAS PESSOAS NEGRAS

A trajetória da história do Brasil referente à população negra foi construída sobre as bases da desigualdade étnico-racial, impondo ao povo negro as mais perversas condições de vida. Um processo de injustiças sociais, culturais e econômicas, determinando o lugar deste grupo humano nas condições mais precárias de sobrevivência, o que nos tempos atuais ainda resulta na permanência das desigualdades e vulnerabilidades reflexo de um racismo estrutural silencioso (BRASIL, 2010-2013).

Frente a esse histórico, e considerando que mesmo após a abolição oficial da escravatura dos povos africanos e seus descendentes, o impacto sobre sua existência é evidenciado em multivariados contextos existencial, um deles é sobre o processo saúde-doença. Neste, o nosso olhar em atenção ao objeto da pesquisa, especialmente pelo reflexo nas taxas de mortalidade precoce em pessoas negras.

Destacam-se, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, parasitárias e endêmicas, altos índices de violência urbana que incidem sobre jovens afrodescendentes, representação de uma cultura excludente. Trata-se de um cenário do mais desafiador para o qual a resistência de movimentos sociais negros vem há muito tempo denunciando as indignas condições de vida e reivindicando políticas públicas de redução da desigualdade e de acesso aos bens e serviços públicos, exemplo disso foi à criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que vem se constituindo desde 2009 e já se encontra em sua 3ª. edição (BRASIL, 2010-2013a-2017).

É profícuo elucidar a trajetória histórica que desencadeou a construção PNSIPN e a consequente efetivação para a sua aprovação no âmbito do SUS oriundo de lutas que ganharam projeção na arena político-social brasileira, a partir da formação do Movimento Social Negro, que vem atuando organizadamente desde a década de 1970, inclusive junto a outros movimentos, como o Movimento da Reforma Sanitária, durante a realização da VIII CNS, na qual a saúde passou a ser considerada como um direito universal, independente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provida pelo SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 2010-2013a).

Ainda convém destacar, que os ativistas do Movimento Social Negro e pesquisadores começaram a discutir e formular inserções sobre o tema da saúde da população negra nas ações governamentais no âmbito federal, estadual e municipal na década de 1980 e na década de 1990, o Governo Federal passou a se ocupar dessa temática devido às reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares, ocorrida em 20 de novembro de 1995, o que propiciou à criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) e do Subgrupo Saúde (BRASIL, 2010-2013a).

O GTI através de organizações de seminários e conferências sobre a saúde da população negra incluiu na XI e XII CNS as seguintes matérias: incorporação do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e nascidos vivos; inclusão do recorte racial nas pesquisas envolvendo seres humanos, na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 196, de 1996; implantação da política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme e o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do país. Desta demanda, no ano de 2006 foi realizado o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, no qual ocorreu o reconhecimento oficial, pelo MS, da existência do Racismo Institucional nas instâncias do SUS (BRASIL, 2010-2013a).

Diante o enunciado, em 2006 o CNS, aprovou por unanimidade a criação da PNSIPN, reconhecendo que as desigualdades raciais interferem no processo saúde, doença, cuidado e morte, urgindo a necessidade de implementar políticas que contribuíssem no combate das iniquidades em saúde. Todavia, a PNSIPN só foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2008, oficializando assim, o compromisso das três esferas do governo na execução de ações no âmbito da promoção da equidade no SUS. Entretanto, somente em 13 de maio de 2009, o MS instituiu a PNSIPN por meio da Portaria nº 992, em coesão com a diretriz do Governo Federal que determinava a redução da exclusão social, e reafirmava os princípios de universalidade e integralidade do SUS (BRASIL, 2010-2013a-2017; GOMES et al., 2017).

A PNSIPN na composição estrutural de seu arcabouço legal define especificamente quais são os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades da gestão do SUS destinados à melhoria das condições de saúde da população negra. Fomentadas por meio da inclusão de ações de cuidado, atenção, promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e recuperação de doenças transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aquelas de maior prevalência às pessoas negras.

A PNSIPN está inserida na dinâmica do SUS e perspectiva estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem os seguintes requisitos:

(...) ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial (BRASIL, 2010-2013a, p.7).

Cabe pontuar que essa política se consolida como um documento normativo e legal, cujo objetivo geral visa à priorização na redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. Além disso, destaca que é necessário o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2010-2013-2017).

A PNSIPN é um direito constitucional à dignidade da pessoa humana, princípio precípuo inalienável e, portanto, devendo-se ser exercida ética, moral e esteticamente ao bem viver das pessoas negras, fazendo necessária sua difusão nos mais diversos cenários de inserção humana, pontua-se os espaços acadêmicos e políticos à reflexão-ação a equidade do SUS, aos fatores desencadeadores de vulnerabilidades da população negra e de atenção para a efetividade da saúde pública contra toda forma de discriminação e preconceito.

3.3 A MULHER NEGRA: QUESTÕES DE GÊNERO E SUA INTERSECCIONALIDADE COM RAÇA E CLASSE SOCIAL

As discussões sobre gênero, raça e classe voltadas para as mulheres negras foram se pronunciando a partir do movimento feminista negro que surgiu nos Estados Unidos, com ativistas e pesquisadoras afro-americanas inspiradas na intersecção das lutas abolicionistas e sufragistas, destacando-se Kimberlé Crenshaw, Audre Lorde, bell hooks, Patrícia Collins, Ângela Davis, Ida Wills e Sojourner Truth. No Brasil as discussões sobre esta temática emergem com personalidades como Lélia González, Sueli Carneiro e Luiza Bairros (MORAES; SILVA, 2017).

O feminismo negro surgiu em oposição à opressão desencadeada pelo feminismo hegemônico liderado pelas mulheres brancas, que consideravam haver uma pretensa universalidade do “ser mulher”, entretanto, as feministas negras reivindicavam o

reconhecimento de outros marcadores identitários como os étnico-raciais e de classe. Tais marcadores possibilitadores do pensamento feminista negro produziu ideias a partir de mulheres negras para mulheres negras (RIBEIRO, 2016; COLLINS, 2017; MORAES; SILVA, 2017).

Este pensamento, então, faz emergir o movimento social e político de mulheres ativistas, intelectuais e pesquisadoras negras, que põe no ponto de vista o debate sobre gênero na perspectiva da luta antirracista de modo a uma transformação social a partir da compreensão de que a opressão de classe, o sexismo, o racismo e a identidade de gênero estão interligados, portanto, havendo assim, intersecção entre eles (MORAES; SILVA, 2017).

É profícuo destacar que o termo interseccionalidade foi cunhado pela primeira vez em 1989, em um artigo da advogada afro-americana Kimberlé Crenshaw, que o empregou para designar a interdependência das relações de poder, raça, sexo e classe no contexto da violência contra mulheres negras, considerando sua íntima familiaridade com o trabalho por justiça social dos movimentos sociais (COLLINS, 2017; MORAES; SILVA, 2017).

Para Collins (2017) Crenshaw é a referência da origem do termo interseccionalidade, sendo posicionada na convergência dos estudos sobre gênero, raça e classe no meio acadêmico, às iniciativas de justiça social e na promoção de mudanças legais e sociais.

Para Crenshaw,

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CRENSHAW, 2002, p. 177).

Disto é preciso pensar a interseccionalidade como possibilidade de romper com a primazia de opressão entre as estruturas sociais, econômicas e políticas, frente aos elementos de poder, raça, etnia, gênero e classe, definidos muitas vezes como distintos e excludentes, quando na verdade se sobrepõem e se cruzam, não podendo ser isolados, pois se trata de fenômenos indissociáveis.

Nesta concepção, o movimento feminista negro vem propor contradiscursos e contranarrativas no sentido não só epistemológico, mas, também, como reivindicação de existência, considerando a invisibilidade da mulher negra no discurso feminista dominante de mulheres brancas, que nem sequer nomeava os problemas enfrentados pelas mulheres negras. Desta forma, quebrar o silêncio se reveste como estratégia de sobrevivência das mulheres

negras com o racismo, o sexismo, a opressão de classes e as relações de gênero (RIBEIRO, 2016; GOES, 2019).

Ao encontro do exposto Goes (2019), declara que a vivência do racismo e sexismo é diferente para homens e mulheres de ascendência negra, sendo que os jovens negros estão mais expostos a violência física institucional, enquanto que as mulheres são mais vulneráveis a violência relacionada às representações sobre o seu corpo. Ainda, considera que as mulheres negras são atingidas diferentemente pelo sexismo em relação às mulheres brancas, bem como, quando comparadas ao homem negro, as formas manifestas do racismo são diferentes.

As feministas negras ressaltam que, as questões de raça e suas dificuldades associam-se exclusivamente ao ser homem negro e as questões de gênero, excepcionalmente ao ser mulher branca, e que, as experiências das mulheres negras não estão inseridas nem no contexto do ser mulher branca nem de ser negra. Está no não lugar (LEAL, 2021). Sobre isto Kilomba (2019), afirma que as mulheres negras são incluídas em diferentes discursos que não interpretam as suas realidades, nomeadamente o sujeito do discurso de gênero é a mulher branca e o sujeito do discurso sobre o racismo é o homem negro.

O que nos apresenta é um estado de invisibilidade da mulher negra que acentua o ser-existir em estado de vulnerabilidade. No contexto do processo de viver humano, saúde e adoecimento, a mulher negra é transversalizada por esta ausência de saberes teórico-práticos com impacto sobremaneira à sua qualidade de saúde, tema em aprofundamento no eixo subsequente, lançando luz sobre a complexificação do ver-enxergando a mulher negra em sua especificidade de ser mulher.

3.4 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CONTEXTO DE VIVER HUMANO DA MULHER NEGRA

Na atualidade, podemos considerar que o longeviver é uma conquista das pessoas apesar de vicissitudes, a exemplo do enfrentamento por DCNT, doenças que exigem acompanhamento constante, tendo em vista a impossibilidade de cura, risco potencial de comorbidades, de morbimortalidade às alterações próprias do processo de envelhecimento dos sistemas orgânicos (MAXIMIANO-BARRETO et al., 2019; BARROSO, 2021).

As DCNT se apresentam como um grave problema de saúde pública e englobam em seu rol as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, câncer e *diabetes mellitus*, sendo caracterizadas como doenças de múltipla etiologia, curso prolongado, associadas com

deficiência e incapacidades funcionais. Além disso, apresentam fatores de riscos classificados como não modificáveis (sexo, idade, herança genética) e modificáveis (tabagismo, alimentação não saudável, sedentarismo, consumo de álcool e obesidade), e ainda podem ser potencializadas por fatores ambientais, culturais e socioeconômicos (SATO et al., 2017).

Destarte, são doenças que representam um grande desafio aos sistemas de saúde, em destaque, por trata-se de desvio de saúde que causam incapacidades de natureza funcional, psicomotora, cognitiva entre outras, dificultando e ou impedindo o desempenho das atividades cotidianas da vida das pessoas sob tal enfrentamento, com consequente impacto na qualidade de vida e saúde, sobremaneira às pessoas idosas, o seguimento humano mais vulnerável às ações degenerativas do grupo de doenças que compõem as DCNT.

Configuram-se como um dos maiores desafios na atenção à saúde humana, razão pela qual é entendimento de estudiosos da área e cuidadores da saúde que a práxis do cuidado deve contribuir aos saberes das pessoas sob enfrentamento, de serem conscienciosas dos efeitos danosos das DCNT e das estratégias de autocuidado (WHO, 2005; SILVA; SILVA; SILVA; LUDOVICI, 2015; BARROSO, 2021). Potencializá-las ao entendimento de que, apesar de tratar-se de doenças progressivas, limitantes e exigentes ao controle e monitoramento, as pessoas acometidas são os agentes da sua história e podem redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com autonomia e com a máxima qualidade de vida possível em seu meio de pertencimento sociofamiliar e parental.

No contexto multidimensional que enlaça as DCNT e as pessoas, abre-se um parêntese para focar na HAS no segmento humano mulher negra, sendo essa mulher uma pessoa idosa.

A condição crônica versus mulher negra versus etarismo têm se evidenciado como impactador do processo de viver humano.

Disto, intencionalmente, a HAS foi trazida como foco deste estudo em relação às demais DCNT, primeiramente, devido as participantes deste estudo apresentarem em sua totalidade essa condição crônica. Neste particular, assentando-se no *Alerta Vermelho para o Coração da Mulher*, uma preocupação da SBC é a elevada incidência de acometimento por HAS do seguimento humano – Mulher.

Segundo a SBC (2019):

há sete a oito vezes mais chances de uma mulher morrer em decorrência de um Infarto Agudo do Miocárdio do que de um câncer de mama. Esse equívoco implica em menor compromisso das mulheres no controle dos fatores de risco que levam ao Infarto e ao Acidente Vascular Cerebral e está também associado a uma menor taxa

de investigação desse conjunto de doenças, bem como a maior negligência no seu tratamento, determinando mais sequelas (SBC, 2019, s/p).

A HAS é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis de Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg. Uma condição frequentemente assintomática associada a alterações funcionais e estruturais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos e outras alterações metabólicas que favorecem o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, como Acidente Vascular Encefálico (AVE) (BRASIL, 2013b; BARROSO, 2021).

A doença tem alta prevalência na população geral brasileira, estimando-se 34 milhões de pessoas com diagnóstico, destes 9,8 milhões na região nordeste do Brasil, cenário deste estudo, no qual se encontra a cidade de Jequié, no estado da Bahia.

Outro aspecto que merece destaque se refere ao número de internações por HAS em 2019 no Brasil, que correspondeu a 52 mil casos e a região nordeste 19,9 mil (BRASIL, 2020), evidenciando que só esta região compreendeu aproximadamente 38,27% de internações por essa doença. Ou seja, dos estados do Brasil o Nordeste encontra-se sob forte impacto e vulnerabilidade em saúde pública à sua população para HAS.

Os custos em hospitalizações tiveram a cifra de 16 milhões de reais (BRASIL, 2020). Entretanto, os custos para as pessoas e suas famílias são *inquantificáveis*. Nestes encontram-se custos em condições socioeconômicas, em ausências no meio de pertencimento, problemas de natureza emocional, afetiva, psicológica e outros que englobam as pessoas envolvidas.

Considerando ainda que a HAS tem uma alta prevalência em morbimortalidade, o número de óbitos registrados no Brasil em 2018 foi de 25 mil, destes 7,6 mil ocorreram na região nordeste. Sendo que 32% destes óbitos foram classificados como mortalidade prematura – poderiam ter sido evitados (BRASIL, 2020).

A HAS pode acometer pessoas em qualquer faixa etária, desde que, os fatores de riscos estejam presentes, contudo, o mais comum é observá-la acometendo pessoas com o avançar da idade e mais marcadamente, mulheres idosas, em especial as negras, sobretudo, pela exposição a contextos de maior vulnerabilidade ao adoecimento, a exemplo baixa escolaridade, oportunidade no mercado de trabalho formal, moradia, alimentação, acesso a bens e serviços e a fatores genéticos.

Neste aspecto, convém destacar que idosas negras estão mais expostas a enfrentamentos de ordem de natureza social, étnico-racial, gênero, classe, geracional, física e psicológica. Estas, consideradas como importantes determinantes sociais e de saúde.

Prestes e Paiva (2016) afirmam que:

As relações sociais são sempre permeadas por características de maior igualdade/desigualdade no âmbito da cidadania, garantia/privação de direitos, inclusão/exclusão social, liberdades/cerceamentos, simetrias/assimetrias, que influenciam o acesso ou não a direitos e aparelhos sociais como **saúde [grifo nosso]**, educação, cultura, lazer, emprego, informação e conhecimento relevante (p. 676).

As dificuldades enfrentadas pelas idosas negras estão relacionadas a uma cultura de desvalorização de suas potencialidades, excludente e de naturalização sobre o *ser* pessoa idosa não ter mais valor social, pois não é agente de produção do capital. Uma visão sexista, reducionista e anticonstitucional ao direito à dignidade humana (BRASIL, 1988), do que se evidencia como necessário o reconhecimento pela sociedade do valor dos direitos humanos da mulher, independentemente da faixa etária em que se encontre.

É fato de que algumas conquistas tenham sido alcançadas pelas mulheres, contudo, ainda permanecem de forma expressiva as desigualdades entre homens e mulheres. Aqui se assevera a questão do envelhecimento humano e nomeadamente a feminização da velhice, que se configura em muitas desigualdades, em destaque no âmbito cultural como visto, no entendimento de que a mulher não é agente de produção do capital.

Lançar luz sobre essa observância é necessário, uma vez que:

(...) As políticas e programas precisam respeitar culturas e tradições e, ao mesmo tempo, desmistificar estereótipos ultrapassados e informações errôneas. Além disto, há valores universais essenciais que transcendem a cultura, tais como a ética e os direitos humanos (WHO, 2005, p. 20).

Disto a compreensão de que as relações humano-sociais precisam ser promotoras de princípios éticos, os quais de modo geral operam para,

(...) a consciência atuante e objetivada de um grupo social, onde se manifesta a compreensão histórica do sentido da existência, onde tem lugar as interpretações simbólicas do mundo, e, portanto, a instância de regulação das identidades individuais e coletivas. Costumes, hábitos, regras e valores são os materiais que explicam a sua vigência e regula a maneira de uma “segunda natureza” o senso comum (SODRÉ, 2010, p.45).

Este senso precisa ser alvo de reflexões, de dialogicidade e de uma dialética recursiva para que possa perspectivar o longeviver da mulher em um cenário de respeito em uma

sociedade cujos valores vão de encontro à visão patriarcal, na qual a figura masculina, ainda se mostra em relações de poder sobre os corpos femininos, como ajuíza Foucault (1987).

A este olhar o perscrutar a condição crônica na vida da mulher em uma fase do ciclo de vida em que se encontra mais vulnerável ao adoecimento e em decorrência deste a necessidade de apoio do grupo de pertencimento, e também de outros sistemas de cunho social e de saúde, em observância a convivialidade com a HAS em sua exigente demanda de controle e tratamento. Esta mulher precisa estar em uma sociedade que reconheça sua existência e suas potencialidades, limites e plasticidade de modo ao envelhecimento saudável e feliz como é difundido pela WHO (2005). Destaca-se, sobretudo, que se trata de uma reivindicação do reconhecimento dos marcadores identitários étnico-raciais e de classe.

3.5 RESILIÊNCIA, ESTRATÉGIA AO VIVER ENVELHECER: OLHARES À MULHER NEGRA

A origem da palavra resiliência não tem um consenso comum, várias são as interpretações oriundas de estudos e pesquisas no mundo (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; MENDONÇA; MAGALHÃES, 2021), contudo, há uma compreensão comum entre os estudiosos, no que concerne ao seu significado e significância, que enlaça a adaptabilidade, uma plasticidade que do metal se transportou para o *ser* humano. Segundo o Macmillan Dictionary (2018) o termo resiliência foi utilizado pela primeira vez em 1620, porém, passaram-se mais de dois séculos para que o termo fosse utilizado para contextos de experiências de indivíduos ou grupo de pessoas, ocorrendo nos idos de 1830.

O termo resiliência é estudado em diferentes perspectivas, sendo organizado em três vertentes principais: a norte-americana ou anglo-saxônica, a europeia e a latino-americana (BRANDÃO, 2009; BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; MENDONÇA; MAGALHÃES, 2021).

Segundo Brandão (2009), a vertente norte-americana é mais pragmática, centrada no indivíduo, busca avaliar a resiliência por meio de dados observáveis e quantificáveis, e é entendida como resultado da interação do indivíduo com o meio em que está inserido, tendo um enfoque behaviorista ou ecológico transacional. A vertente europeia é mais relativista, tendo um enfoque psicanalítico, e o indivíduo é o mais importante para a avaliação da

resiliência. Brandão (2009, p. 23), considera que para a vertente europeia “a resposta do sujeito às adversidades transcendem os fatores do meio, é ‘tecida’ a partir da dinâmica psicológica da pessoa, o que possibilita uma narrativa íntima e uma narrativa externa sobre a própria vida”. No que se refere à vertente latino-americana, a autora considera que é a mais comunitária entre as anteriormente citadas, e busca focar o social como resposta aos problemas da pessoa em meio às adversidades experienciadas (BRANDÃO, 2009).

Segundo Brandão, Mahfoud e Gianordoli-Nascimento (2011) e Mendonça e Magalhães (2021), existe um consenso entre os estudiosos brasileiros de que o conceito de resiliência tenha origem na física e remonta a 1807 nos estudos sobre a “resistência de materiais”, assentado nas ciências exatas como a física e a engenharia sobre a resistência às deformações do meio, a exemplo o estudo do inglês Thomas Young que publicou em uma de suas obras a noção de módulo de elasticidade pela primeira vez, introduzindo o termo resiliência ao discorrer sobre fraturas de corpos elásticos.

Na atualidade o termo resiliência é mais utilizado pelas ciências humanas e sociais e da saúde. Brandão, Mahfoud e Gianordoli-Nascimento (2011) salientam que no contexto da ciência física ainda aparece nos dias atuais, entretanto, em nota de rodapé, e mais precisamente como pontuação a existência de sua origem.

Segundo Mendonça e Magalhães (2021) os estudos sobre resiliência na área da psicologia são recentes e datam da década de 70 e 80 tendo como a principal expoente Yunes (2003).

O conceito de resiliência foi desenvolvido e inserido na metodologia da pesquisa científica através de teóricos da ecologia associado aos ecossistemas na década de 1970, tendo como um dos expoentes Holling (1973).

Ao discorrido é salutar destacar as origens etimológicas da palavra resiliência, que no contexto mais generalizado comporta a ideia baseada nos princípios da física. Resiliência é uma palavra originária do “latim *resilio*, *resilire*, que significa “recuar” e deriva do prefixo “re” que significa retrocesso e o sufixo “salire” que é um verbo cujo significado é saltar, pular. Assim, pode-se afirmar que o significado da palavra resiliência é “saltar de novo”, “saltar de volta” ou “saltar para trás” (MENDONÇA; MAGALHÃES, 2021, p. 3).

No Macmillan Dictionary (2018) o significado da palavra resiliência tem o “ato de rebote”. Já no Dicionário Houaiss (2017) resiliência está para dois sentidos: o sentido físico, como uma “característica em que alguns corpos após sofrerem uma deformação elástica,

apresentam a capacidade de retornar à forma original”; e, o sentido figurado, em que a resiliência é a “capacidade de se recuperar naturalmente ou se adaptar a situações adversas e/ou problemáticas”. Também no dicionário Michaelis (2017), dois sentidos são apresentados: no sentido físico, a resiliência como a “elasticidade que faz com que certos corpos deformados voltem à sua forma original”, e no sentido figurado como a “capacidade de rápida adaptação ou recuperação” (MENDONÇA; MAGALHÃES, 2021, p. 3-4).

Brandão, Mahfoud e Gianordoli-Nascimento (2011, p. 265) consideram que as palavras *resilience* e *resiliency* faziam parte do vocabulário coloquial de falantes de língua inglesa há mais de 30 anos, com uma “significação menos técnica, menos ligada a física, e mais relacionada a fenômenos humanos”.

Anaut (2005, p. 45) ao se referir à origem do conceito resiliência, aponta que o mesmo é um termo francês que surgiu do latim *resilientia*, e que é comumente utilizado na física de materiais para indicar a “resistência do material a choques elevados e a capacidade de uma estrutura para absorver a energia cinética do meio sem se modificar”.

A autora ainda acrescenta,

No âmbito da metalurgia, a resiliência designa, portanto, a qualidade dos materiais caracterizados, ao mesmo tempo, pela elasticidade e pela fragilidade e que apresentam a capacidade de voltar ao seu estado inicial a seguir a um choque ou uma pressão contínua. (...) A resiliência não se reduz a uma simples capacidade de resistência que a ideia de rigidez veicula, refere antes as propriedades de maleabilidade e de adaptação (ANAUT, 2005, p. 45).

Diante das origens etimológicas da palavra resiliência, no enfoque das ciências sociais e humanas e da saúde podemos aludir que o foco dos estudos está sempre voltado à compreensão da habilidade em resistir às adversidades e perturbações perante vulnerabilidades impostas por um meio biopsicossocial hostil, onde a necessidade de plasticidade fica evidente. Sobre isso, Silva (2020, p. 98) destaca que “o conceito de resiliência está ligado à capacidade de adaptar-se às demandas sociais, de saúde e culturais, que envolvem alterações significativas no processo de viver, relacionar-se, ser saudável, e adoecer”.

Dessa maneira, ao olhar para a temática que essa pesquisa apresenta, pessoas com DCNT necessitam desenvolver capacidades para driblar os momentos de estresse, sofrimento, e experiências vivenciadas e percebidas que afetam o seu processo de viver humano de modo ao enfrentamento das vicissitudes de forma a manter-se resiliente (SILVA, 2020).

3.5.1 Um breve portfólio sobre os estudos na temática resiliência

A resiliência na perspectiva do olhar da traumatologia para adultos e da psicologia do desenvolvimento para as crianças e jovens (GRABER; PICHON; CARABINE, 2015).

Os estudos iniciais sobre resiliência com adultos, tiveram como foco constatar como esses indivíduos evitavam o estresse traumático advindos do seu processo de viver humano, enquanto nos estudos da psicologia do desenvolvimento, os pesquisadores objetivavam detectar as qualidades pessoais como a autonomia e elevada autoestima, buscando diferenciar as crianças de estratos sociais diferentes que se adaptavam positivamente frente a desvantagens socioeconômicas, negligência, abuso e/ou outros eventos catastróficos da vida (LUTHAR; CICCHETTI; BECKER, 2000; GRABER; PICHON; CARABINE, 2015).

Com o passar do tempo, as pesquisas sobre resiliência foram evoluindo e se pronunciando, revolucionando a psicologia, abrindo espaço para um novo paradigma metodológico no delineamento de três conjuntos de elementos imbricados no desenvolvimento da resiliência: os atributos pessoais em homenagem às crianças, os aspectos de suas famílias (atributos familiares), e os aspectos da sua vida social e ambiental mais ampla relacionado e consistente entre grupos étnicos e contextos sociopolíticos. Estudiosos da psicologia argumentam que os atributos de personalidade associados à resiliência estão em consonância com os fatores de proteção e estes, enraizados na cultura, na comunidade e nas relações sociais (LUTHAR; CICCHETTI; BECKER, 2000; GRABER; PICHON; CARABINE, 2015;).

O campo de investigação sobre os fatores de proteção se expandiu, levando os pesquisadores a entender que enquanto processo, a resiliência se desenvolve à medida que os fatores atuam em conjunto nos seus diferentes níveis (GRABER; PICHON; CARABINE, 2015). Sobre este aspecto, Rutter (2006) argumenta que a identificação dos mecanismos de proteção e como eles se desencadeiam ao longo da vida de uma pessoa é uma das prioridades fundamentais da pesquisa na temática resiliência.

O processo de expansão das pesquisas sobre resiliência segue-se em avultamento de forma complexa, baseado não só na traumatologia e psicologia do desenvolvimento, mas nas áreas da psicologia positiva, direcionando o foco para o olhar ao desenvolvimento humano em suas emoções e relacionamentos positivos, assentada na psicologia humanista que segue a compreensão da construção do significado e crescimento humano. Neste aspecto, cada vez

mais faz intersecções com a psicologia da saúde e a psicologia neurobiológica. A psicologia humanista é a principal área de sustentáculo filosófico para a psicologia positiva, bem como, o *ethos* da pesquisa em resiliência (GRABER; PICHON; CARABINE, 2015; RIBEIRO, 2017;).

A adaptação positiva é construída a partir das adversidades as quais os indivíduos estão expostos ao longo da vida, e assim caracterizados como eventos potencialmente traumáticos que passam por adaptabilidade ao longo do tempo. Sobre este aspecto Luthar, Cicchetti e Becker (2000, p. 543) dizem: “resiliência refere-se a um processo *dinâmico* que engloba adaptação positiva dentro do contexto de adversidade significativa”.

Das muitas adversidades, os agentes estressores são potencialmente desafiantes ao processo de viver humano, e estes, se diferenciam na vida do adulto quando comparado a outras fases do ciclo de vida humana. O olhar para o ciclo adulto de vida evidencia que se trata de uma fase em que a pessoa já percorreu anos no desenvolvimento de habilidades, entretanto, estas podem ser eficazes ou não, como resposta diária aos estressores e adversidades vivenciadas (BONANNO, 2005).

Entre os estressores que os adultos podem enfrentar destacam-se o declínio da saúde, isolamento social, doença crônica e a responsabilidade de cuidados domiciliares e familiares. Sobre estes, cabe salientar que os processos que facilitam a resiliência na idade adulta se diferenciam com o processo de envelhecimento, exigindo maiores demandas de adaptabilidade na fase da velhice (SILVA; SILVA; SILVA; LUDOVICI, 2015).

Assim, os processos de resiliência são distintos à pessoa idosa e, nomeadamente a mulher idosa, acentuando-se quando se inscrevem as categorias étnico-raciais, temas já discutidos neste estudo.

A idosa negra para ser-estar resiliente tem perpassado ao longo do seu ciclo de vida por conquistas, desafios e ressignificação do sentido da sua existência diante das vicissitudes enfrentadas. Às quais necessários se fez desenvolver atitudes positivas de modo a contribuir ao fortalecimento de redes de apoio e de proteção, como possibilidade de manter a resiliência diante de adversidades impostas ao seu viver humano, de forma a preservar um comportamento confiante e consciente no alcance da transformação da adversidade em experiência, crescimento e determinação.

A esse aspecto Silva (2020) considera,

apresentar fatores de risco como doenças, dificuldades de adaptação às novas demandas, problemas financeiros ou familiares, fazem conduzir ao surgimento do

desejo de superação ou da ‘busca por um final feliz’, motivando o indivíduo a desenvolver algumas estratégias de fortalecimento. Fatores de proteção, como o apoio de familiares, instituições de saúde ou comunitárias, rede de amigos ou vizinhos, podem ser determinantes para o desenvolvimento de habilidades resilientes para um convívio harmonioso com uma doença (SILVA, 2020, p. 98).

Em uma tentativa de síntese, pode-se compreender que a resiliência é uma qualidade que emerge da interação do indivíduo com o seu meio de pertencimento sociofamiliar, cultural e ambiental ao qual está inserido, mediante a ativação de mecanismos de proteção que promovem a construção de novas possibilidades de vida, frente às condições de vulnerabilidades impostas ao longo de sua trajetória existencial.

Indispensável se faz saber-conhecer e desenvolver estudos sobre a resiliência no contexto de vida e saúde-doença da pessoa idosa afrodescendente, como possibilidade em contribuir para o redesenho do conhecimento técnico-científico de modo interdisciplinar que enlace saberes à dignidade da pessoa, mulher-idosa-negra.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Dos desdobramentos até o alcance deste ponto, o estudo aqui delineado percorreu caminhos ao conhecimento das relações étnico-raciais no contexto de pertencimento sociofamiliar e do sistema público de saúde às demandas de cuidados às mulheres idosas de etnia/raça negro-parda em enfrentamento por DCNT, nomeadamente HAS.

4.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo é uma investigação de abordagem qualitativa. Tal adoção visou a subjetividade da temática, e, neste sentido, sua aderência.

No tocante a opção, Tuzzo e Braga (2016) enfatizam a qualidade e profundidade de informações colhidas, analisadas, interpretadas e valorizadas em seu significado. Assim, uma característica da abordagem qualitativa é de ir o mais profundo do *ser* sujeito, no qual suas experiências e histórias são investigadas, o que se perseguiu com a amostra desta pesquisa.

A abordagem qualitativa é um campo de investigação que proporciona ao pesquisador/observador a utilização de um amplo conjunto de variadas práticas interpretativas interligadas, como forma de compreender o mais profundo possível o assunto investigado. Segundo Denzin e Lincoln (2006, p. 17), “a pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo”. Neste entendimento, a abordagem qualitativa tem como base epistemológica uma abordagem naturalista e interpretativa do mundo cotidiano, investigado e interpretado a partir de um cenário natural, buscando entender os fenômenos e processos, atribuindo e conferindo significado através do olhar dos sujeitos investigados (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Nesta perspectiva, a abordagem qualitativa ainda se vale de um variado campo de investigação, uso e coleta de materiais empíricos os mais diversos possíveis “como o estudo de caso, a política e a ética, a investigação participativa, a entrevista, a observação participante, os métodos visuais e a análise interpretativa” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 16); como forma de descrever e interpretar os momentos vivenciados e seus significados na vida cotidiana dos sujeitos investigados. Desta interpretação, a escolha desta pesquisa em se direcionar para uma abordagem qualitativa, tem em vista a possibilidade de submergir no

universo empírico e interpretativo da temática escolhida, buscando alcançar os objetivos propostos pelas proponentes do estudo.

Deste entendimento, o pesquisador qualitativo pode assumir uma diversidade de práticas metodológicas que o qualifica como um *bricoleur*, aquele que confecciona colchas, que produz filmes ou mesmo, reúne imagens e as transforma em montagens. O pesquisador *bricoleur* ele produz *bricolage* “um conjunto de representações que reúne peças montadas que se encaixam nas especificidades de uma situação complexa” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 18). Assim, o pesquisador qualitativo como *bricoleur* ou confeccionador de colchas emprega de forma efetiva estratégias, métodos ou materiais empíricos disponíveis ao seu alcance para o desempenho do seu ofício – a investigação.

Nesta compreensão, entendemos que a designação do pesquisador qualitativo como *bricoleur* ou confeccionador de colchas é caracterizada a partir da utilização de várias estratégias metodológicas como entrevistas, observação participante, diário de campo e outras, que são usadas para o alcance dos objetivos propostos na pesquisa. É justamente esse entrelaçado de estratégias metodológicas que, quando reunidas, formam uma complexa rede de peças que vão se encaixando perfeitamente de forma a dar corpo àquilo que se pretende conhecer.

Nesta linha de raciocínio, a História Oral (HO) mostrou-se como possibilidade de procedimento metodológico neste estudo, por sua característica peculiar de valorizar a memória de indivíduos, comunidades e suas identidades, através de narrativas de vida com representações do presente e do passado (MEIHY; HOLANDA, 2018), sendo esse direcionamento o perseguido nesta pesquisa.

Segundo Alberti (2005), a HO é um método de pesquisa empregado no contexto da investigação científica e pode ser caracterizada como método-fonte-técnica com delineamento nas ciências antropológicas, sociais e humanas, possibilitando diversas abordagens na perspectiva de desenvolver-se em um terreno multidisciplinar.

Desta compreensão, entendemos que a metodologia da HO proporciona uma investigação multidisciplinar porque não pertence somente a um domínio estrito do conhecimento, mais, pelas especificidades em utilizar as diversas abordagens em diferentes áreas disciplinares e de pesquisas, e nomeadamente na investigação em saúde.

Neste entendimento, a autora destaca que,

a História Oral é um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica, etc.) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou

testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo (ALBERTI, 2005, p. 18).

Assim, a HO busca estudar acontecimentos históricos da vida e contexto dos indivíduos, grupos sociais, comunidades, instituições, categorias profissionais e outros, como forma de compreender e ampliar o conhecimento de fatos do passado e presente, através do aprofundamento das experiências vivenciadas no cotidiano particular e social da pessoa ao seu meio de pertencimento na sociedade. Assim, qualquer tema desde que seja contemporâneo e que aqueles que o vivenciaram ou vivenciem tenham algo a dizer sobre ele, tem possibilidade de ser investigado através da história oral (ALBERTI, 2005).

Na metodologia em HO a essência dos trabalhos é o projeto de pesquisa, sendo ele o elemento distintivo na articulação e orientação dos procedimentos que compõem cada etapa, fazendo-se essencial e dando sentido “aos fundamentos da investigação com fontes vivas” (MEIHY; HOLANDA, 2018, p. 44). Deste entendimento, o tema do estudo deve ser pensado e proposto a partir de sua relevância social apontando para a possibilidade de transformação de políticas públicas não de forma absoluta, mas com intenção de conquistas de mudanças nas práticas sociais.

Segundo Meihy e Holanda (2018), o projeto de HO deve ser constituído pelas seguintes etapas: tema; justificação; problemática e hipóteses; corpus documental e objetivos; procedimentos; bibliografia; cronograma. Etapas estas que foram desenhadas no estudo desde as linhas iniciais com as inquietações das pesquisadoras.

Neste direcionamento, convém destacar que a HO trabalha com gêneros distintos em sua metodologia, sendo conhecidos como; história oral de vida, história oral temática e tradição oral. A história oral de vida tem em sua essência a subjetividade porque se vale das narrativas individuais dos fatos da vida por meio de entrevistas livres e estas dependem da memória, indefinições, contradições e variações naturais da fala. A história oral temática trabalha com abordagem de temas, com a necessidade de roteiro com perguntas e respostas para direcionamento do processo investigativo proposto, que em essência possibilita a objetividade mesmo que não de forma absoluta, pois é passível de abrigar índices de subjetividade. Por fim, a tradição oral que segue uma abordagem diferenciada, por trabalhar com elementos da memória coletiva numa descrição minuciosa da vida cotidiana e cultural de grupos e comunidades, sem espaço para utilização de entrevistas (MEIHY; HOLANDA, 2018).

De tais delineamentos, a opção para o estudo é utilizar a abordagem da história oral temática devido à característica da pesquisa apresentada, considerando que a história oral temática como metodologia ou técnica propõe a discussão de um assunto central definido a partir de um foco temático perspectivado no projeto, levando a externalização do tema. Neste sentido, as entrevistas devem ser organizadas de forma a atender aos objetivos propostos, assim, as perguntas que direcionam o roteiro investigativo devem levar ao esclarecimento do tema abordado. As entrevistas de história oral temática têm sempre um caráter social com indício de objetividade e limitado aspectos de subjetividade (MEIHY; HOLANDA, 2018).

Ao exposto, o nosso roteiro investigativo para realização das entrevistas, devem atender ao alcance dos objetivos propostos por este estudo que são: Geral - Conhecer a história de idosas negras com hipertensão arterial sistêmica nos cuidados do meio de pertencimento sociofamiliar e sistema público de saúde, e os específicos – (1) identificar o impacto da doença crônica, hipertensão arterial sistêmica, no envelhecimento de mulheres negras; (2) descrever as narrativas de mulheres negras, as percepções de pertencimento sociofamiliar e sistema público de saúde sobre o processo de viver-envelhecer com doença crônica e (3) analisar nas narrativas de mulheres negras se o sentimento de pertencimento, sociofamiliar e sistema público de saúde, corroboram ao envelhecimento com capacidades adaptativas - a resiliência, ou injúria da doença.

Neste raciocínio, a história oral temática é narrativa de um fato que passa a ser considerado legítimo a partir da história pessoal do narrador (a) no seu contexto histórico e cultural e que apenas interessa quando revela os aspectos inerentes às considerações centrais a temática pesquisada (MEIHY; HOLANDA, 2018; ALBERTI, 2005).

4.2. CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário foi o Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivência com Doenças Crônicas - NIEFAM, no município de Jequié, BA. O NIEFAM é um núcleo de ensino-pesquisa-extensão, de abordagem continuada à comunidade acadêmica e jequeense, vinculado ao Departamento de Saúde II, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), *campus* de Jequié, em atuação desde 1999 a presente data. O núcleo tem como filosofia a Abordagem Sistêmica à família, no cuidado ao contexto multidimensional à complexidade e intersubjetividade do sistema

familiar, baseado nos pressupostos do novo paradigma da ciência pós-moderna (COSTA, 2017).

O NIEFAM atua nos multiversos contextos no acompanhamento e cuidados interdisciplinares na promoção à saúde das pessoas idosas em sua maioria mulheres com DCNT como a HAS e DM2 e seus familiares, bem como, no desenvolvimento de pesquisas e formação de grupos de estudos, na perspectiva de desenvolver estratégias de cuidado à família.

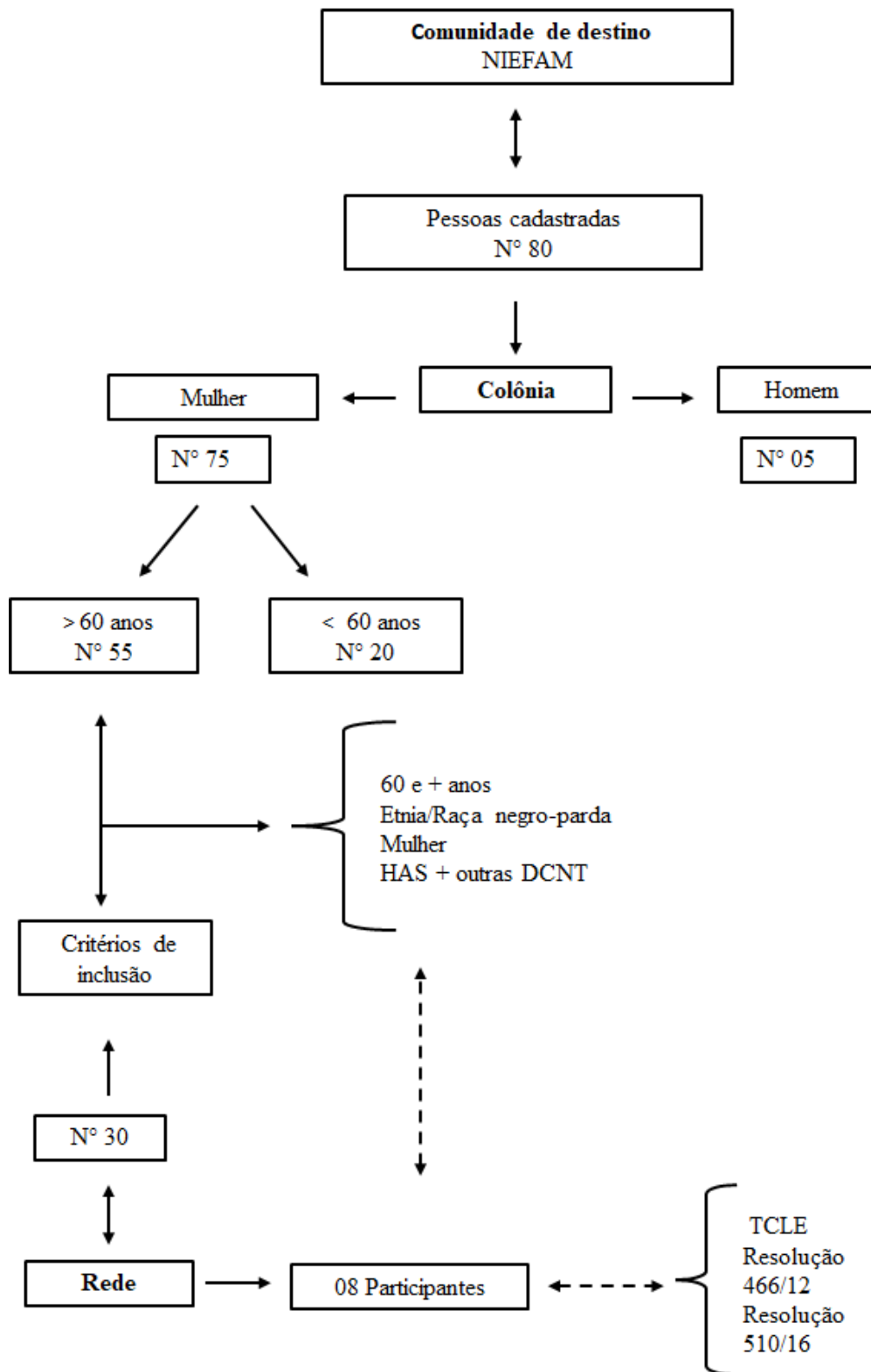
Destaca-se que o núcleo realiza atividades de ensino-pesquisa-extensão semanalmente, na segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira, no horário das 14h às 17h, no espaço acadêmico da UESB reservado para esta finalidade, seguindo um protocolo de biossegurança aos cuidados proximais à prevenção de desvios de saúde, como forma a manter controle a disseminação de doenças e agravos à saúde, promovendo uma interação compartilhada e segura entre os membros colaboradores, docentes, discentes voluntários, bolsistas de pesquisa e extensão e os usuários, de forma a contribuir no acompanhamento e cuidados às pessoas cadastradas e atendidas pelo núcleo. Foi neste cenário que se constituiu a amostra da pesquisa.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A escolha das participantes para o estudo foi constituída a partir da “comunidade de destino”, o NIEFAM, considerado o todo ou a maior parcela do grupo que foram anuentes à pesquisa. Deste olhar generalizado e através de critérios específicos e particulares ao grande grupo foi selecionado a “colônia” do estudo, uma subdivisão do grupo maior para por fim, chegarmos à “rede”, as participantes, o grupo menor a ser selecionado para a realização das entrevistas. Neste contexto, perspectivaram-se como participantes, ou seja, a “colônia” pessoas idosas de 60 e mais anos, do gênero feminino, de etnia/raça negro-parda, com desvio de saúde por DCNT, com diagnóstico comprovado de HAS, ainda com o agravante de outras comorbidades.

O alcance desta amostra seguiu os direcionamentos da inclusão de participantes, segundo a abordagem da HO, na qual seguiu-se três conceitos fundamentais: comunidade de destino, colônia e redes, sendo a partir desses elementos e das suas especificações estabelecidos os parâmetros para a condução dos trabalhos de campo, conforme o fluxograma a seguir (Figura 2).

Figura 2. Fluxograma de seleção da amostra.



Fonte: elaboração própria das pesquisadoras (2023).

Na amostra de participantes para as entrevistas, os critérios adotados foram o de ordem decrescente, ou seja, partindo do mais amplo para o mais específico. Assim, primeiro estabelecemos um entendimento sobre o que é comunidade de destino e depois pensamos em colônia, para por fim, chegarmos às redes. A partir desses critérios especificou-se, segundo Meihy e Holanda (2018, p. 50-51) “as questões de ordem prática para a realização das entrevistas que serão: únicas ou múltiplas, abertas ou *direcionadas*; onde se realizarão, quanto tempo devem durar?” Sobre esses critérios, os mesmos seguem especificados mais detalhadamente nos tópicos seguintes, os quais a pesquisadora responsável colocou em prática no seu trabalho de campo.

- A partir da escolha da “comunidade de destino” desta pesquisa, o NIEFAM, que é o coletivo onde os comportamentos e experiências vividos são registrados na memória do grupo de forma comum a memória coletiva, foi selecionada a colônia que é a primeira divisão, ainda que em bloco grande, tendo como finalidade facilitar e possibilitar o entendimento do coletivo que se perderia na dimensão do todo. É pertinente destacar que esse fracionamento deve guardar as “(...) características peculiares que justifiquem a fração e manter os elos comuns ao grande grupo” (MEIHY; HOLANDA, 2018, p. 53), com vistas a organizar a condução do estudo de forma operacional tornando-o viável (MEIHY; HOLANDA, 2018).

- Após a fragmentação da “comunidade de destino” em “colônia” partir-se para a subdivisão da “colônia” a qual chamamos de “rede” que é a menor parcela de uma “comunidade de destino”. A “rede” são pequenos segmentos restritos que podemos identificar dentro da “colônia” com características singulares do grupo escolhido. A “colônia” desta pesquisa foi composta por 55 mulheres, sendo que desse contingente, foram adotados critérios de inclusão: 60 e + anos de idade, etnia/raça negro-parda, mulher, HAS + outras DCNT.

- A partir dos critérios de inclusão foi convidada a “colônia” (55 mulheres) para um momento de diálogo informal no ambiente de realização das atividades do NIEFAM na UESB, buscando explicitar os objetivos da pesquisa com base nas informações contidas no TCLE, tendo como propósito a composição voluntária da “rede” de participantes anuentes à pesquisa, embora, segundo Meihy e Holanda (2018) a orientação para a formação e origem da “rede” se dá através da entrevista ponto zero que irá

direcionar a indicação e continuidade das redes através da entrevista anterior, proporcionando que a cada entrevista o colaborador indique alguém para compor a rede. Importante destacar, por se tratar de um grupo de convivência relacional em um grupo de cuidados à saúde interdisciplinar, o NIEFAM, a rede se compôs no momento em que ocorreu o diálogo para o convite à pesquisa.

- Após a explicitação da pesquisa e considerando os critérios de inclusão adotados, 30 mulheres se adequavam aos critérios propostos, porém foi definido um número inicial de 10 participantes para a composição da “rede”. Assim, após a composição voluntária da “rede” prosseguiu-se as etapas seguintes à pesquisa. Primeiramente com a aplicação do TCLE, seguido do questionário sócio demográfico e de saúde, com posterior agendamento às entrevistas.

Inicialmente, a amostra de dez participantes foi reduzida para oito pessoas pela compreensão das pesquisadoras de que os dados já traziam compreensão da temática estudada, o que se fez alcançar pelo processo de coleta, pré-análise, análise que ocorreu de forma recursiva e aos *insights* das pesquisadoras ao conduzir a interpretação compreensiva dos dados em sua profundidade.

Ante o exposto, Alberti (2005) expõe que o contato inicial entre a participante e a pesquisadora é fator muito importante e constitui o momento inicial com possibilidade de uma avaliação recíproca que culminará no desenvolvimento da relação de entrevista. No primeiro contato com as participantes (rede), foi explicado o trabalho e a metodologia a ser utilizada, colocando-as a par dos propósitos do estudo e dos aspectos éticos da pesquisa. Tratou-se de cuidado assentado na observância de como é importante saber chegar, se aproximar e interagir para a coleta de dados de modo que estes possam ser mais bem compartilhados pela rede.

Destaque-se se faz de a rede ser de pessoas cadastradas no NIEFAM, o que já favoreceu a aproximação entre a pesquisadora e as participantes, uma vez que existe uma relação de proximidade devido aos trabalhos do núcleo com essas pessoas, o que contribuiu à relação positiva e efetiva comunicação durante o processo de coleta de dados, também no favorecimento da utilização da ferramenta para a gravação que não promoveu inibição e ou limitações às narrativas das mulheres.

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Constituíram instrumentos de coleta de dados deste estudo, um questionário sócio demográfico e de saúde, uma entrevista semiestruturada e uma entrevista livre.

Com base nos preceitos de pesquisa em HO é necessário definir as circunstâncias para a realização das entrevistas como, as especificações referentes às "definições de espaço e tempo para a duração, se elas terão ou não estímulos e se as narrativas decorrentes serão livres ou estruturadas, vantagens e desvantagens de cada situação devem fazer parte dos projetos" (MEIHY; HOLANDA, 2018, p. 55-56).

Neste entendimento, o procedimento para coleta de dados foi realizado em três momentos subsequentes: 1º) o primeiro momento tratou-se da aplicação do questionário sócio demográfico e de saúde, realizado no ambiente de atividade do NIEFAM, em local reservado, 2º.) no segundo momento, a realização da entrevista semiestruturada que ocorreu de forma mista, tendo como cenário o domicílio das participantes e ambiente do NIEFAM, e, no 3º.) momento da entrevista livre, realizadas integralmente no domicílio das participantes.

Tendo em consideração que o NIEFAM realiza atividades semanalmente e havendo o deslocamento das participantes do seu domicílio para este ambiente, este se tornou de contribuição significativa à coleta dos dados por ser um espaço de sentimento de pertencimento das participantes, favorecedor de que elas se sentissem seguras para narrarem suas histórias.

Referente ao tempo de realização dos instrumentos, este variou de 20 a 50 minutos para cada instrumento, sendo as entrevistas as que mais tempo foi necessário. Todos os instrumentos foram realizados individualmente.

Ao final de cada instrumento de coleta de dados realizado, a pesquisadora agradecia e despedia-se da participante, e imediatamente procurava um ambiente reservado para realizar o registro em seu diário de campo de suas impressões a partir de sua memória recente referente a comunicação não verbal.

Desta forma, o diário de campo consistiu em uma ferramenta extraordinária à pesquisa, uma vez que, proporcionou à pesquisadora registros que o gravador não pode fazê-lo. Com isto, suas impressões do campo constituíram acervo de consulta para a análise

compreensiva das narrativas das participantes durante os instrumentos de entrevista semiestruturada e livre.

Sobre este aspecto, é importante destacar que a linguagem corporal expressa através do corpo tornando-se um meio de comunicação sensível na construção do conhecimento de si e do outro (MANTOVANI; RIBEIRO, 2018).

Ainda, segundo Ramos e Bortagarai (2012, p. 164) “a comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprimindo sentimentos, emoções, qualidades e um contexto que permite ao indivíduo não somente perceber e compreender o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos do interlocutor”. Neste entendimento, a comunicação não verbal expressa por meio dos sinais de silêncio do corpo, sendo demonstrada através de gestos, do olhar, da postura, da expressão facial, ou mesmo, por sinais paralinguísticos, como a entonação da voz, a pronúncia das palavras, a hesitação, a tosse e o suspiro provocado por tensão, são importantes manifestações da contextualização das interações sociais na comunicação humana (RAMOS; BORTAGARAI, 2012), que se bem observados contribuem sobremaneira a interpretação e compreensão das narrativas.

4.5 ASPECTOS ÉTICO DA PESQUISA

Os princípios éticos norteadores desta pesquisa fizeram-se segundo a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução CNS 510/2016 que versa sobre ética nas pesquisas em Ciências Humanas e Sociais:

Art. 1º. Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução (BRASIL, 2016, p. 1).

O projeto foi apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB), aprovado sob o parecer 6.049.627 e CAAE: 67743923.8.0000.0055, sendo só após sua aprovação iniciados os trabalhos de campo.

As participantes após identificação e após definição da rede assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este termo seguiu a normatização do CEP/UESB, cujas informações referentes aos objetivos do estudo, possíveis riscos e benefícios, sigilo, anonimato e respeito a sua privacidade, garantia de se recusar ou retirar-se da pesquisa em qualquer momento que desejasse sem prejuízo ou penalidade a sua

pessoa foram minuciosamente lidos. O consentimento para uso e divulgação do conteúdo das gravações e de sua transcrição literal, bem como, autorização para publicação dos resultados da pesquisa da dissertação, em revistas e difusão em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais também foram explicitados.

Para manter o sigilo e anonimato das participantes, adotou-se como estratégia a escolha de um pseudônimo pensado a partir da identificação e interesse da própria participante. Disso, as participantes escolheram elementos constitutivos da botânica e de relações sociais que representam aquilo que mais gostam e se identificam. Os pseudônimos foram: Violeta, Crisântemo, Rosa Menina, Rosa Príncipe Negra, Jiló, Uva Roxa, Família e Passeio.

Sobre estes pseudônimos foi realizada uma pesquisa referente aos seus significados, cuja intenção foi verificar se havia correlação com as características destes com as das participantes. Esta estratégia se mostrou das mais reveladoras e de especial contribuição a compreensão do ser mulher idosa negro-parda deste estudo em enfrentamento por DCNT.

4.6 ANÁLISES DOS DADOS

A análise de dados seguiu a compreensão da abordagem qualitativa e sua transversalidade interpretativa descritiva na tessitura com a HO, em que se fez necessário um processo de imersão, de deixar-se ir e se aprofundar no que os dados oriundos dos instrumentos de coleta evidenciavam.

Neste processo os passos foram dados em momentos, que aparentemente separados estavam imbricados na construção de um mosaico de saberes interseccionados ao qual ia dando significado e significância a temática estudada.

1º. Momento – do questionário sociodemográfico e de saúde semiestruturado - seguiu-se primeiramente a modalidade de transcrição dos dados em escrita descritiva fidedigna, organizados em tabelas elaboradas a partir do programa *Microsoft Word*, versão 10, de modo a sua apresentação ao entendimento do que foi enunciado, sendo exposto na tabela 1 e 2.

2º. Momento – Os dados das entrevistas semiestruturadas e livres foram analisados através da HO, ancorados nos saberes de Alberti (2005) e Meihy e Holanda (2018).

Segundo estes autores a análise dos dados da pesquisa em HO deve obedecer à seguinte ordem após a realização das entrevistas: transcrição, conferência, uso e arquivamento. Deste modo, após a condução das entrevistas e das gravações foi realizada a transcrição literal dos diálogos verbais que se transformaram em documentos de base material escrita, sendo que, na transposição do estado da palavra oral para o escrito manteve-se vigilância para a sua efetiva integralidade. Assim, seguiu-se o que Meihy e Holanda (2018, p. 26) ensinam sobre como “se materializar em documento escrito (...) a HO” de modo que a análise historiográfica seja interpretada sob o crivo de quem o produziu, ou seja, as participantes do estudo, sendo apresentada sob o cuidado e respeito da pesquisadora.

Sob esta compreensão, a transcrição das entrevistas foi realizada imediatamente à realização em um processo conjunto de olhares atentos sobre os registros do diário de campo, de modo a trazer ao texto transcrito informações sobre a comunicação não verbal. Na transversalidade com o arcabouço teórico metodológico que sustenta esta investigação e o ser *bricoleur* das pesquisadoras envolvidas na interpretação compreensiva dos dados.

Este momento, em particular, envolveu concentração à escuta sensível em captar das falas sua essência, tendo atenção à entonação, pausas e repetições. Tratou-se de um momento da pesquisa que pode se interpretar como árduo e exaustivo por requer exercício minucioso e cuidadoso na atenção ao que estava gravado, a transcrição e transversalidade com o diário de campo, um processo mental de idas e vindas entre escuta e transcrição à compreensão do que estava sendo enunciado pelas participantes, mas dos mais enriquecedores em aprendizados sobre a história de vidas das pessoas.

As histórias de vida contadas por elas como biografias, relata trajetórias sobre o ser envelhecendo, sua relação étnico/racial negro-parda e o processo de vulnerabilização pela HAS e resiliência, sendo está a compreensão à medida que se ia transcrevendo suas falas.

Após transcrição, eis a etapa de conferência das narrativas, seguido pelo uso e arquivamento. Este processo teve em observância os aspectos éticos legais.

Destaca-se que na HO a consciência do encontro entre a pesquisadora e participante, tem como consideração que os resultados surgem de um trabalho conjunto, em que aquela que ouve e aquela que relata têm igual valor. Assim, estar-se diante de uma ferramenta produtora de linguagem, ou seja, elaborada a partir do que as participantes dizem, bem como, pelo que as pesquisadoras fazem quando da sua presença no campo e ao compartilhar o resultado do material produzido, a exemplo do que consta no item quatro (04) deste estudo.

Cumprido destacar que o roteiro elaborado para a realização da entrevista semiestruturada, seguiu o estabelecido pelo gênero da história oral temática, que trabalha as narrativas na perspectiva da abordagem de temas, possibilitando que os limites da transcrição sejam maiores, que os fragmentos das falas tenham um sentido exato e o recorte seja aceitável, mantendo em sua essência índices de objetividade não de maneira absoluta, pois é passível de abrigar índices de subjetividade.

Assim, desse delineamento se desenvolveu um processo cíclico e recursivo de pré-análise e análise das narrativas que iam configurando dimensões de categorias. Estas dimensões iam-se reorganizando e reagrupando no *continuum* da análise até o alcance das categorias de análise, que se apresenta no quadro 1.

A representação de como as categorias foram se atraindo e se organizando à medida em que a análise compreensiva interpretativa das narrativas ia acontecendo no processo de imersão dos dados se apresenta na Figura 3. Essa figura demonstra a inter-relação das narrativas das participantes deste estudo nas dimensões do viver envelhecer em enfrentamento por DCNT, em que as linhas pontilhadas mostram a fluidez em entrada e saída de informações que intercambiam entre as categorias. As cores azul claro, rosa e verde intencionam promover um olhar imagético, ou seja, o azul a visão patriarcal percebida; o rosa a percepção compreensiva sobre o gênero feminino e o verde em perspectiva a resiliência, cor de relação estreita a compreensão de saúde, esperança e resiliência.

A forma em elipse faz alusão aos momentos do viver humano, ciclos de vida, em que há aproximação e distanciamento com os enfrentamentos existenciais no cotidiano do viver humano das participantes deste estudo.

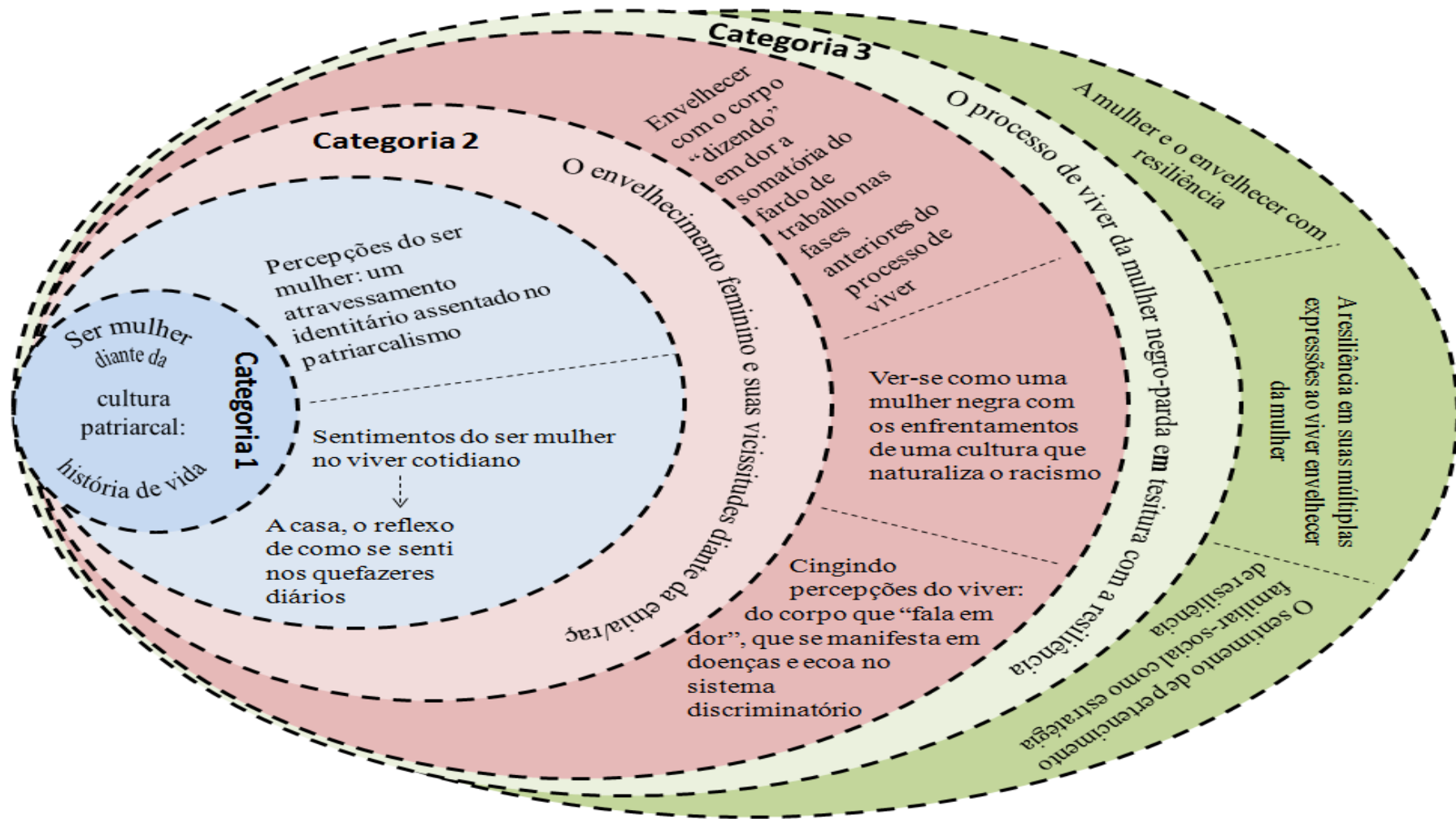
3º. Momento – As entrevistas livres seguiram-se como descrito no *2º. Momento*, sustentado nos saberes de Alberti (2005) e Meihy e Holanda (2018). Entretanto, o desfecho deste momento convergiu para a apresentação das narrativas em sua integralidade. Um texto com riqueza de significado que tece o ser mulher, participante deste estudo, ao pseudônimo escolhido por ela. Um artifício de fazer ver enxergar através de elementos da botânica e relações sociais como a HO é contada na transversalidade com elementos afora de seus corpos negro-parda.

Quadro 1. As dimensões do viver envelhecer da mulher negro-parda em enfrentamento por DCNT: categorias e subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Categoria 1: Ser mulher diante da cultura patriarcal: história de vida	Subcategoria 1: Percepções do ser mulher: um atravessamento identitário assentado no patriarcalismo
	Subcategoria 2: Sentimentos do ser mulher no viver cotidiano
	Subeixo 2.1: A casa, o reflexo de como se senti nos quefazeres diários
Categoria 2: O envelhecimento feminino e suas vicissitudes diante da etnia/raça e concepções do ageísmo	Subcategoria 1: Envelhecer com o corpo “dizendo” em dor a somatória do fardo de trabalho nas fases anteriores do processo de viver
	Subcategoria 2: Ver-se como uma mulher negra com os enfrentamentos de uma cultura que naturaliza o racismo
	Subcategoria 3: Cingindo percepções do viver: do corpo que “fala em dor”, que se manifesta em doenças e ecoa no sistema discriminatório
	Subeixo 3.1: A doença e seu reflexo no processo de viver humano da mulher idosa negro-parda
	Subeixo 3.2: A descoberta do diagnóstico: percepções da mulher idosa negro-parda
	Subeixo 3.3: Estratégias para o cuidado da doença
	Subeixo 3.3.1: O serviço de atendimento da Unidade Básica de Saúde: aproximação e distanciamento
Categoria 3: O processo de viver da mulher negro-parda em tessitura com a resiliência	Subcategoria 1: A mulher e o envelhecer com resiliência
	Subcategoria 2: A resiliência em suas múltiplas expressões ao viver envelhecer da mulher
	Subeixo 2.1: A espiritualidade como estratégia de resiliência
	Subeixo 2.2: O gerenciamento dos cuidados à saúde, uma estratégia resiliente
	Subeixo 2.3: A resistência diante os enfrentamentos da doença, uma estratégia de resiliência
	Subcategoria 3: O sentimento de pertencimento familiar-social como estratégia de resiliência
	Subeixo 3.1: A inter-relação familiar construtora de características positivas ao viver envelhecer
	Subeixo 3.2: A convivência extra familiar em grupos de apoio e convivência aos cuidados de saúde: reflexo de resiliência

Fonte: elaboração própria das pesquisadoras (2023).

Figura 3. As dimensões do viver envelhecer da mulher negro-parda em enfrentamento por DCNT: categorias e subcategorias



Fonte: elaboração própria das pesquisadoras. 2023.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO: do submergir ao emergir, histórias de mulheres

A mulher negra anônima sustentáculo econômico, afetivo e moral de sua família é quem, a nosso ver, desempenha o papel mais importante. Exatamente porque com sua força e corajosa capacidade de luta pela sobrevivência nos transmite a nós, suas irmãs mais afortunadas, o ímpeto de não nos recusarmos à luta pelo nosso povo (GONZALEZ, 2020, p. 64).

Chegar a esta etapa do estudo se reverteu em um dos momentos de gratidão à vida pela oportunidade de desvelar a história de mulheres que em meio a lutas, dificuldades e resistências, buscam o empoderamento ao enfrentamento às vicissitudes da vida de conviver com DCNT, sendo ainda associada a um sistema social excludente a fase de envelhecimento da mulher.

Adentrar com essas breves linhas é considerar a importância de estudos que valorizem a história das mulheres, em especial da mulher idosa negro-parda que em seu contexto de vida sofre preconceitos, caracterizados pelo etarismo, racismo e sexismo na sociedade brasileira. Assim, considerar o que estudiosas (os) das ciências sociais e humanas divulgam sobre o respeito à diversidade humana e às potencialidades da mulher é necessário.

Ir ao encontro das potencialidades da mulher foi o que este estudo perseguiu, a exemplo de como elas convivem e se relacionam em seu ambiente de pertencimento sociofamiliar, no acesso ao SUS, na convivência relacional com o NIEFAM, no enfrentamento com a DCNT. Ainda buscar desvelar questões socioeconômicas e culturais que afetam a sua saúde física e emocional das mulheres participantes deste estudo.

A este feito este eixo do estudo está subdividido em três ramos, os quais seguem uma ordem diferenciada a dos momentos de análise dos dados. Trata-se de uma estratégia de apresentação dos resultados que coloca a enunciação das mulheres por primeiro de modo a conhecê-la para na sequência as demais informações emergirem, sendo a seguinte ordem apresentada: 1º. Ramo) *Quem sou e como me vejo: histórias de mulheres*; 2º. Ramo) *Dados sociodemográficos e de saúde*, e 3º. Ramo) *As dimensões do viver envelhecer da mulher negro-parda em enfrentamento por DCNT: categorias e subcategorias*.

5.1 QUEM SOU E COMO ME VEJO: HISTÓRIAS DE MULHERES

As participantes deste estudo ao serem solicitadas a indicar um pseudônimo de modo ao sigilo e anonimato na pesquisa, enunciaram uma variedade de elementos constitutivos da botânica e relações sociais.

Este eu, “como me vejo”, se apresenta em imagens e histórias de vida em narrativas que caracterizam o ver e enxergar de cada participante deste estudo, e assim, fazendo-se identificar sigilosamente no texto.

Significados dos pseudônimos: um passeio sobre o misticismo e a utilização no ‘real’



Fonte: <https://casaconstrucao.org/paisagismo/como-cuidar-de-violetas/>. Acesso em: 04 set. 2023

Violeta¹

Caracteriza um gênero botânico pertencente à família Violaceae. Ela inclui várias espécies popularmente conhecidas como violetas e amores-perfeitos. No aspecto mitológico, o nome latino de "violeta" é *Viola*, forma latina do grego Ione. Ione era amada por Júpiter, que, pensando em evitar o ódio de Juno, sua esposa, por Ione, a transformou em uma vitela. Ione chorava enquanto pastava, e de suas lágrimas nasciam as violetas. A violeta é considerada uma planta de reverência à deusa Afrodite, sendo no passado, considerada símbolo de fertilidade, e componente frequente de relação com o amor. Trata-se de uma planta que é muito empregada desde os tempos remotos. O historiador Homero conta que os atenienses a utilizavam para moderar a ira, além disso, usavam uma guirlanda de flores da *Viola tricolor* para prevenir dores de cabeça e enjoos. Assim também, os chineses utilizam a espécie *Viola yedoensis* de forma similar, sendo a mesma, também empregada em tratamento do eczema infantil grave em um hospital de Londres. A violeta tem suas folhas e flores utilizadas em muitos cuidados à saúde a exemplo de pomadas, emplastos, infusões nos tratamentos de infecções cutâneas, dores provocadas por reumatismos, debilidade nervosa, o cansaço, doenças cardíacas, nervosas, icterícia, fortificante dos vasos sanguíneos e em uso cosmético

¹ Informações retiradas de: Viola (planta). Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Viola_\(planta\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Viola_(planta)); Violaceae. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Violaceae> Acesso em: 02 ago. 2023

Porque me titulei Violeta e Quem sou? História de vida da participante Violeta, 65 anos, como narrada:

Porque eu fui uma pessoa que não tive uma infância boa, uma infância de brincar, uma infância assim sabe [pausou a voz], minha infância foi muito ruim, era trabalhar, não tinha aquela infância boa como hoje as meninas têm, então, por isso que quando eu fui amadurecendo fui pra ser mulher, ser mãe, entendeu? Tive o momento que eu quase morro, foi quando a primeira coisa que eu vi uma flor em uma sala da enfermaria, uma flor violeta. Vi aquela flor, que flor linda! Me trouxe aquela tranquilidade dentro de mim, entendeu? Então, por isso eu sempre gosto de flor violeta e foi por isso que eu escolhi o nome violeta.

Eu me considero uma violeta porque a gente não tem o cuidado com ela? Pra não molhar muito para ela não apodrecer? Então, foi os cuidados que os médicos, as enfermeiras e Deus teve comigo pra mim não morrer. Eles cuidaram muito de mim então por isso que a gente deve cuidar da violeta, não molhar muito pra ela não morrer. Então, foi o meu caso, eu me considero ela sim. Eu me considero como uma violeta.

Essa flor representa muita coisa pra mim, eu passei muita privação em minha vida, momentos de dificuldades, momentos de doenças, então, quando eu tive no hospital doente, quase morrendo, quando eu melhorei, um dia eu pude levantar, que eu cheguei na sala da enfermaria a primeira coisa que eu vi foi essa flor violeta, então, ela me inspirou assim, aquela coisa boa dentro de mim, me deu assim aquela paz, então por isso eu gosto muito dessa flor violeta.

Por isso eu gosto da flor violeta, me trouxe muita paz sabe, muita harmonia em minha vida. Então por isso que eu sempre gosto dessa flor e quando eu vejo ela nos caqueiros eu fico com uma vontade de comprar, apesar de que ela é muito cara. Mais um dia eu ainda vou comprar uma flor de violeta pelo menos daquelas de plástico, botar dentro de casa, porque eu me inspiro muito nela, gosto, então foi por isso que eu escolhi o nome violeta pra colocar o meu nome.

Quem sou? *Eu sou filha da cidade de Itagi/BA. Fui para Jequié/BA pequena com uns 6 anos de idade e terminei de me criar em Jequié. Minha mãe teve 15 (quinze) filhos, mas faleceu e*

ficou 9 (nove) vivos, desses 9 (nove) já morreram 2 (dois), então tem 7 (sete). Meu pai faleceu com 39 (trinta e nove) anos de problemas de coração. Minha mãe ficou viúva nova. Meu irmão caçula estava com 6 (seis) meses quando meu pai faleceu. Estudei, não terminei os estudos, parei, comecei a trabalhar que era uma vida muito sofrida e então os estudos ficou de lado, mais aí eu fui continuando, aí eu arrumei um trabalho e fui trabalhando até eu completei meus 15 (quinze) anos, meus 16 (dezesseis) anos, passei a conhecer o C. [nome do esposo], começamos a namorar, namoro de infância, e esse namoro foi indo, foi indo, e aí eu fui morar junto com ele e depois eu me engravidei e depois tive a minha filha L [nome da filha] e depois nós se casou.

Continuei a minha vida trabalhando, entendeu? Porque era uma vida assim muito, sei lá, muito sofrida, uma vida assim não tinha muita condição financeira pra mim manter, pra mim, C. [nome do esposo], trabalhava mais não ganhava aquele ganho suficiente, e nisso a gente foi trabalhando um, outro, depois passei a trabalhar na Estrela, Confeção Estrela, e aí a vida continuou entendeu? Depois eu tive mais 2 (dois) filhos, então, tenho 3 (três) filhos, tenho 7 (sete) netos e assim, continua a vida.

Minha vida hoje graças a Deus, o que eu já passei tempos atrás que eu não desejo passar mais nunca, né? Deus me abençoou, ajudou, como eu falei que eu tive na luta da morte duas vezes, mas Deus me deu a minha vida de volta de novo e hoje graças a Deus eu agradeço a Deus toda hora, todo momento que hoje eu estou viva com vida. Agradeço a Deus, entendeu? E, muita oração e hoje eu estou aqui. Graças a Deus não estou mais naquele sufoco, aquilo que eu já passei falta das coisas. Hoje graças a Deus eu tenho, eu posso chegar numa loja e comprar e falar eu posso pagar. Não é por causa da aposentadoria. Se não fosse também a aposentadoria eu comprava e eu pagava graças a Deus, entendeu? E hoje eu tenho minha aposentadoria porque eu me aposentei por causa da roça foi por causa do Incra que eu aposentei, não foi por idade, foi por causa do Incra daqui da roça. Hoje graças a Deus eu estou bem.

Rosa Príncipe Negra²



Fonte: <https://myland.decorexpro.com/pt/cvety/roza-cernyj-princ.html>
Acesso em: 04 set. 2023

Ou Black Prince foi um dos primeiros híbridos, criado em meados do século XVIII por jardineiros na Inglaterra. Esse tipo de rosa se distingue das demais rosas que possuem o cultivo sozinho ou em arbustos, além das diferenças relacionadas a sua cor que tem um tom avermelhado escuro, quase um vinho, mas com sombras pretas criadas por sua superfície áspera e aveludada. O nome “rosa príncipe negra” tem uma forte relação com uma lenda que envolve o famoso conde drácula, sendo a assimilação com o nome príncipe ao drácula dos cinemas.

Conta a lenda, que o conde drácula era apaixonado por uma jovem, que após ser brutalmente assassinada por um dragão, vivia a chorar e onde escorria sua lágrima nascia uma rosa negra. Ainda, outra lenda associa a cor dessa rosa a um vampiro que ao tentar transformar sua amada num vampiro causou a sua morte, o que o deixou triste e amargurado, e nesse processo enegreceu todas as rosas simbolizando seu luto. Estas lendas estão associadas ao fato dessa planta ter seu plantio em lugares frios, e assim, buscam uma relação com personagens fictícios que retratam dor e sofrimento, vida após a morte, sangue e amor. São flores raras e difíceis de serem compradas, sendo utilizadas na decoração de ambientes com tons mais claros e apaixonantes, como uma mesa de jantar romântica a luz de velas, envolvendo o lugar num clima mais místico e sensual. Em geral, a Rosa Príncipe Negra é uma opção excelente na decoração de casas de veraneio e bastante adequada para plantio individual e em grupo.

Porque me titulei Rosa Príncipe Negra e Quem sou? História de vida da participante Rosa Príncipe Negra, 79 anos, como narrada:

Eu escolhi essa flor porque lembro da minha infância. Quando eu morava lá na fazenda, eu inventava assim, no quintal de mãe, era grande. Gostava de mexer com as flores.

² Informações retiradas de: Rose Black Prince. Disponível em: <https://myland.decorexpro.com/pt/cvety/roza-cernyj-princ.html>; Rosas Príncipe Negra – Significado. Disponível em: <https://flores.culturamix.com/flores/naturais/rosas-principe-negra-significado> Acesso em: 02 ago. 2023

Eu plantava e fazia aquele canteiro só que visse. Também por causa da minha filha que mora em Ilhéus. Minha filha também é apaixonada por plantar. O fundo da casa dela tem um canteirinho que o marido fez, ela é invocada com flor, invocada com tudo. Onde ela passa [pausou a voz]. Se ela puder tirar uma mudinha, ela tira, ela pede. Oxe, só que você vê, é caqueiro. Só que você vê. Ela bota [pausou a voz], tudo nesse canteiro. E foi lá na casa dela que eu primeiro vi a rosa príncipe negra.

Sei não, porque, sei lá [pausou a voz]. Vermelho, eu [pausou a voz]. Eu não gosto de roupa vermelha, mas eu sou fã de vermelho. Não para vestir, mas acho bonito. Porque a rosa é linda! É linda! É linda! Quando eu estava na casa de minha filha, minha filha plantou, muda lá, plantou que estava aquela rosona e o botão, eu me apaixonei. Aqui mesmo em Jequié eu vi. Eu me lembro que [pausou a voz]. Eu sei que foi um [pausou a voz]. Eu sei que foi um negócio que teve. E estava um jarro. O Jarro estava com ela. Coisa mais linda! Coisa linda! A rosa príncipe negra vermelho e cor de vinho escuro. Me sinto bem. Gosto. Aquele vermelho escuro, aquele vermelho vermelhão, aquele vermelho escuro. Eu acho bonito. Bonita mesmo.

Quem sou? *Eu nasci em Jitaúna, eu tava com 7 anos, meus pais vêm pra Fazenda Conceição, veio tomar conta da fazenda, né? Do gado, né? A minha mãe morou muitos anos lá, meu pai tomava conta do gado, e mãe, tinha o cafezal, ela tomava conta do cafezal, dos quintal, e botava as mulheres pra trabalhar. Tinha a casa da sede da fazenda, e tinha a casa que eu morava. Aí tudo bem, com 7, eu já tava com 7 anos, já tava com eles os patrões de meu pai. E quando eles vieram compraram casa aqui em Jequié, ali na LB [endereço], na subida da L [endereço], eu vim, eu tava com [pausou a voz], eu tava com 13 anos, já. A gente veio morar aí, e meus pais ficaram lá, depois foram doecendo, depois mãe doeceu, sei que com 45 anos, mãe morreu. Minha mãe teve um bando de filhos, mas nascia morto, apenas 5 sobreviveram sendo que agora só tem quatro vivos. Eu tenho dois em São Paulo, era três, morreu um lá em São Paulo, esse não ligava nem pra gente. Tenho um irmão e uma irmã em São Paulo, e essa de Alagoas, três. Quatro comigo e eu sou a mais velha.*

Mãe morreu com, começou com um caroço no peito. E o caroço foi esse, que pouco todinho, pouco até as costas. E eu ficava cá em Jequié, onde que era, meus, eles não queriam, meus criadores, eu era tão besta, meus criadores não, não ia lá, porque eles diziam que não era pra não misturar com mãe, com as roupas, nunca esqueci disso. E a mesma coisa

foi minha irmã caçula. Minha irmã caçula ficou, acho que tava com uns 10 anos por aí, eu sei dizer que eles não quis ela também, porque ela ficou lá com mãe, E mexeu muito lá. Ela era madrinha dela também e batizou ela. Eu sei que minha mãe morreu 10 de outubro, quando foi faltando 5 dias pra completar um ano que ela morreu, meu pai morreu no dia 5 de outubro.

Então, ela, minha madrinha tinha um filho, era, deixa eu ver, ele era, eu sei que ele se formou, ele trabalhava na Petrobras, ele era, meu Deus, engenheiro, ele foi, a mulher dele foi, a mulher dele pegou minha irmã e levou pra lá, Salvador. Aí pegava minha irmã, botava pra dormir num quarto lá dentro, ficava no fundo da casa. Quando era de manhã, minha irmã amanhecia dormindo, minha irmã que contava pra mim, disse que ela ligava a mangueira de água e por cima da porta soltava a água. Tá acordada? Tá acordada? Aí ficou, ficou, aí minha irmã levou um tempão lá e foi embora pra cá, depois se mandou pra Salvador, aí já tava já de maior, foi pra Salvador lá, arrumou um casamento, e esse casamento, eu sei que ele pegou ela, se mandou pra Alagoas. Tem 40 anos que eu vi.

E foi sofrimento na vida, minha filha, foi sofrimento. Trabalhava na casa que eram os donos da fazenda onde meu pai trabalhava. Depois a gente veio pra aí e eu trabalhava. Eu cozinhava, eu arrumava a casa, eu tomava conta da casa, eles viajavam, eu ficava com a lavadeira. E era assim, eu quem fazia. Era de tudo, era de tudo, de tudo, de tudo, de tudo. Só aí quando eles [pausou a voz]. Antes dele morar, aí ele arrumou uma menina. Lá da roça, arrumou uma menina, trouxe pra ir só pra lavar os banheiros, né? Agora eu era pra tudo. Eu era pra cozinhar, eu era pra arrumar, eu era pra fazer feira, feira de supermercado, tudo era comigo. E eu, olha, eu fazia tudo, eu trazia tudo certinho. Tudo, tudo. E quando chegava esse que tá aí, vamos fazer as contas, quanto eu gastei? Aí eu tinha que dar. Quanto foi isso aqui? Foi X, isso aqui foi X, isso aqui foi X. Dar certinho pra ver, acho que pra ver se sobrou. Prestar a conta de tudo. Eu dava conta de tudo, eu fazia tudo. Agora eles tinham aquela [pausou a voz]. Eu tinha aquela coisa comigo que tinha o Sesc, não sei se ainda tem hoje. Pois é. Eu aprendi corte, costura, bordado, arte culinária. Aprendi tudo. E quando era festa de São João, aquelas festas de São João lá na Roça, eu ia fazer tudo, tudo, tudo, tudo. Faltando uma semana pra São João, ele chegava aqui com a caminhonete, eu pegava meus filhos, arrumava, botava em cima da caminhonete, e o marido na firma não podia, ficava, quem ficava aqui. Eu fazia tudo, eu ia chegar lá, eu fazia de salgado, bolo, temperar, o povo

só fazia matar as coisas, ir no rio, pelar tudo, arrumar e trazer, e eu temperar tudo, assar, fazer tudo. Eu fazia tudo, tudo, tudo, tudo. Todo ano era assim, todo ano.

Interessante que quando eu estudava no [pausou a voz]. Castro Alves. Minha madrinha adoeceu também. E eu era quem cuidava. Deixa eu te contar. Eu era quem cuidava. Eu me lembro que eu estava com 16 anos. Eu era quem cuidava. Porque hoje eu te digo que eu me lembro que ela já estava uma senhora assim de idade, idade, idade. E menstruou. E aquilo já estava tudo estragando-a por dentro. Eu sei que um dia ela levantou, quando agora caiu aqueles dois pedaços do útero. Aí ela mandou eu pegar e peguei um papel, um papelzinho no chão. Ela ia pro banheiro. E peguei um envelope e botei dentro pra mostrar a passarinho que era o filho mais velho, né? O filho. Pra mostrar. E ela puxava tudo por dentro. Puxava tudo por dentro. E quando eu era, quem eu descia, porque a casa era um prédio. De noite eu descia, eu vinha fazer mingau pra ela. Ela tomava o mingau num canudinho. Eu descia de noite. E quando ela estava toda [pausou a voz]. E eu levantava. E ela queria que eu dormisse na cama com ela. Eu colocava o colchão assim de junto. Foi por isso que eu fiquei [pausou a voz]. medo depois. Foi. Ela estava com medo de comer tudo por dentro. Os pedaços. Quando eu ia lá, aí a filha dela recuava. Aí tinha outra menina. Botou outra menina lá. Aí ela pegava as roupas. As roupas da cama. Cobertor, essas coisas assim. Me lembro, botava no banheiro, tinha uma baciona. Botava no banheiro pra me lavar soltando aqueles pedaços. Eu lavava. Ali despejava dentro do banheiro. E quando terminava aí eu enxaguava a roupa. Eu levava no varal. Aí ela vinha com um litro de álcool. E pensando que eu não sabia o que era doença. Lembro. Aí ela vinha com um litro de álcool. Botava na minha mão. Daí eu lavava o braço, lavava tudo com roupa. Quando pegava pra fazer o asseio dela, pegava a bacia com água morna. Com a toalha. E limpava ela toda. Eu limpava. Eu fazia isso tudo. Tudo. Eu chegava, eu estudava. Quando eu chegava lá do colégio eu ainda ia fazer, ficava. Ainda ia fazer alguma coisa. Fazia um mingau. Descia. Tinha que descer a escada. Na luta. Foi uma luta, foi uma luta. Cuidei dela até morrer.

Depois dos criadores foi, morreu o padrinho, se foi. Depois lá se foi a madrinha, ficou eu, uma filha, e um filho. Uma moça velha. Aí, quando eu já estava com 26 anos, aí foi quando eu arrumei, porque eu não arrumava, assim, um namorado, mas eu não sabia, eu tinha que namorar na porta. Aí foi quando eu arrumei esse mesmo, que eu casei, madrinha já tinha morrido, padrinho já tinha morrido, tinha filha. Então, ela, não era pra mim casar, era pra mim ficar. Um dia ela me disse, não sei quem mandou tu arrumar casamento, aí

pronto. E aí a gente deu pra brigar. Até hoje ainda tenho um irmão, está velho, mora sozinho, só que você vê. Mora sozinho, era um povo muito rico, depois foi ficando pobre, vendeu a fazenda, acabou com tudo. Agora tem esse, já está velho, tem a casa ali na LB [endereço], mora sozinho, já está velho. Levou muitos anos noivo e nunca casou. Já acabou o casamento. E ele está aí, mora sozinho.

Casei com 26 anos. Tive quatro filhos, dois homens e duas mulheres. Tenho nove netos. Assim que eu casei, fui morar, morei lá no Jequiezinho. No Jequiezinho, morei, acho que, uns oito meses. Depois, fui pra Ipiaú. Um ano. Foi o tempo que o marido terminava a casa aqui. Criei meus filhos aqui em Jequié. Porque J [nome do filho], que é o mais velho, eu ganhei em Ipiaú. J [nome da filha], a segunda, eu ganhei em Ipiaú, mas registrei aqui, porque eu não registrei ela lá, eu registrei ela aqui. E E [nome do filho], e E [nome da filha], eu ganhei aqui. Já estou aqui, moro aqui, acho que há 45 anos.

Meus partos foram todas normais, só a terceira e a última gravidez foi complicada. a terceira foi E [nome da filha]. A E [nome da filha] foi um parto muito ruim, muito ruim mesmo. Ganhei ela na Perpétuo Socorro. Foi um parto muito, ruim mesmo, que eu não sentia a dor, eu não sentia a dor na barriga, sentia na cabeça. A dor foi toda pra cabeça. Eu sentia a dor na cabeça, a dor era toda na cabeça, que eu sei lá, perdi o sentido. A enfermeira fechou a janela do quarto, com medo de eu pular, levantar e pular. O último. Tanto que era pra mim, nesse tempo era pra mim operar. Quando [pausou a voz]. Olha, eu me lembro que era oito reais, era oito mil reais. O dinheiro já estava no [pausou a voz]. Foi oito? Foi oito mil reais. O dinheiro já estava [pausou a voz]. Já tinha depositado o dinheiro, estava esperando o doutor, o doutor E [nome do doutor], que acompanhou a minha gravidez. Aí o marido veio, ficou com medo. Desistiu. Eu não ia fazer, não. Ficou com medo. Aí, também eu tive ele, quando ele passou de nascer. Eu senti naquela dorzinha, mas eu não quis, eu disse, eu só vou pro hospital quando eu ver que ele vai nascer. Fiquei aqui em casa. E ele passou de nascer, eu já botando aquele sinal, aqueles pedaços de sangue qualhado preto. Aí fui. Na Santa Helena, fui com ele na Santa Helena. Foi na Santa Helena. Quando eu cheguei lá, aí não demorou, duas e meia da manhã eu ganhei ele, mas o corinho dele, soltou todinho, estava soltando. Aí a enfermeira veio e disse, oh mãe, ele passou de nascer. Olha o corinho, soltando todinho.

Chegou o tempo, foi quando eu adoeci da mama. Porque eu já estava trabalhando, eu trabalhava na [pausou a voz]. costurando. Eu trabalhava na Inje, que hoje é a Lebrute.

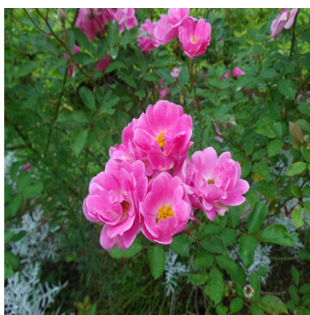
Eu trabalhava na Lebrute. Aí [pausou a voz]. Foi onde eu descobri a doença. Eu estava trabalhando aí na Lebrute. Foi que me apareceu um caroço no seio, era aqui desse lado esquerdo, e eu costurava, dava muita produção. Eu dizia, olha, minha filha, eu deixava meus filhos tudo aqui. Eu deixava aqui, eu comprava de tudo, deixava, eu chegava, só encontrava bagaceira. Mas deixava tudo aqui. Quando eu chegava, que eu dava extra, eu chegava às sete horas, aí a janela, a casa ainda estava sem rebocar por fora, eu olhava assim, por baixo, só havia uma luzinha, uma velinha acesa, e eles tudo dormindo. Trabalhei, trabalhei. Ajudar o marido quer dizer, ajudar aquele [pausou a voz]. Trabalhador, trabalhador demais, demais, muito procurado, só por serviço, trabalhar muito. Se ele estivesse vivo, essa casa não estava assim. Mestre de obra. Trabalhava em São Paulo, trabalhava em [pausou a voz]. Em Itabuna, era em Ilhéus. Se não andou, o povo carregava [pausou a voz]. Ele era muito procurado aqui, muito procurado. Porque o povo fazia as obras, aí pegava ele pra fazer esses acabamentos. Trabalhava muito. Foi um marido muito bom, viu? Estava trabalhando. E me começou aquele [pausou a voz]. Eu pegava aquele caroço. O peito, o caroço. E quando eu chegava aqui, eu não dormia. Aquilo doendo, queimando e assim, ó. Aquilo me queimava. Aí tinha um médico lá, o clínico geral, era esse [pausou a voz]. Eu não esqueci até o nome dele. Que era o clínico geral lá da [pausou a voz]. Aí ele [pausou a voz]. Eu mostrei a ele. Aí ele disse que eu tinha que ir pra Salvador. Eu disse, ó, doutor, eu não vou pra Salvador não, que eu tenho com meus quatro filhos pequenos. Ele disse assim, tem que ir, e eu disse vocês não operam aqui não? Não. Operar, operar, mas aqui não tem [pausou a voz]. Ele disse que não tinha os [pausou a voz]. Né? Os aparelhos. Porque eu tinha que operar e eu tinha que fazer o tratamento. Aí eu larguei meus filhos tudo aqui, ó nas mãos de Deus. Pelo amor de Deus. Me mandei pra Salvador.

Meu esposo ele morreu com [pausou a voz]. Com 60 anos. Ele começou [pausou a voz]. Deixa eu ver, meu Deus. Não, já sei. Ele começou sentindo uma dor. Sentindo uma dor, sentindo uma dor. Sempre fazendo exames. Era no fígado. Ele fazia exames, fazia exames, tomava remédio, era chá, só que você visse. Sentia uma dorzinha de cabeça, no chá. Aí vai indo, vai indo, vai indo. Começou com essa dor. Aí ele começou a dor, amarelar o olho. Aí [pausou a voz]. E foi emagrecendo, foi emagrecendo. Depois, descobriu que ele estava com hepatite. Mas a perigosa é a B ou é a C? A dele foi C, que o médico disse, foi C. É. Então, ele fez tratamento e tudo. Salvador, a minha nora aqui pertinho, a filha de D [nome da genitora da nora], que é casada com meu filho acompanhava ele. Salvador, tudo, tudo

bem. Mas [pausou a voz]. Eles são [pausou a voz]. Mas, um dia, ele começou a dor. Assim, ele abatido. Começou. De noite, um dia de noite. Eu me lembro que ele sentou aí na cadeira. Aí, ele [pausou a voz]. Não estava se sentindo, aí ele disse, eu não estou me sentindo bem. Aí, ele [pausou a voz]. Aí, nesse dia, tudo bem, ele disse, eu não estou me sentindo o corpo bem. Mas, tudo bem. Quando é um dia de noite, de tarde, ele saiu aqui. Tinha L [nome do vizinho] ali, que tem [pausou a voz]. Tinha venda. Ele chegou lá conversando com L [nome do vizinho] e tudo. Aí, ele voltou. Ele disse, eu não estou me sentindo bem. Aí, ele disse, eu [pausou a voz]. Sei lá, eu tinha que fazer a casa do meu genro, que é o marido da minha filha, lá de Ilhéus. Ele tinha que ir lá arrumar a casa e ele não estava se sentindo bem. Tinha que fazer a casa de [pausou a voz], meu Deus. Ele não estava se sentindo bem. Aí, tudo bem. Aí, ele chegou e ficou sentando ali e conversando. Tudo. Quando foi de madrugada, umas duas horas da manhã, ele começou a fazer vômito. Aí, eu levantei e chamei. J [nome do filho], J [nome do filho], teu pai não está bom, não. Mas ele já estava [pausou a voz]. Você não via o preto do olho dele. Ele já estava com o olho só virado assim. Branco, só branco. Só branco. Aí, me lembro que o pai de D [nome do vizinho] tinha um carro e não [pausou a voz]. Aí, ligou pra ele. Ele, J [nome do filho], botou ele no carro e levou no hospital. Levou no hospital. Aí, eu fiquei aqui. Duas horas eu vou, porque eu tinha que fazer almoço para o menino. Duas horas eu vou. Quando foi duas horas, eu fui duas e meia que eu cheguei lá. No mesmo dia. Só esperou eu chegar. E quando eu entrei, ele olhou assim pra mim. Aí, o coração dele começou a bater. Aí, pronto, parou. O médico ia passando aí eu disse doutor parece que ele está morrendo. Ele disse [pausou a voz]. Eu estive com ele nesse instante. Eu disse doutor. Assim, de repente. De repente. O médico disse que ele infartou. Ele infartou. Mas essa família dele morre tudo cedo. Morre tudo cedo. Olha, eu vou te dizer. Já morreu o pai, morreu a mãe. Morreu as irmãs. Só tem um irmão. A última que tem, que tinha, morreu o ano passado, retrasado com a COVID. Só tem um irmão só, que mora em São Paulo. Fez 16 anos, no dia 21 de maio que ele faleceu.

Então minha vida foi assim, trabalhei muito. Nunca fui preguiçosa. Trabalhei muito. Sempre gostava de trabalhar. Fazer minhas coisas. Gostava de andar arrumada. Gostava de andar bonita. Eu era. Hoje, já estou jogada.

Rosa Menina³



Fonte: <http://www.plantas.org.br/flores-e-folhagens/saiba-como-plantar-e-cuidar-de-mini-rosas-em-vasos.html#comment-page-1>. Acesso em: 04 set. 2023

A rosa menina vem da família Rosaceae, e sua origem vem da Europa e Ásia, e foi cultivada primeiramente na China, há quase 5000 anos. Ela pode ser caracterizada por outros nomes científicos como: *Rosa chinensis* var. *minima* e *Rosa rouletti*, além disso, possui outros nomes populares como: rosa-de-cacho, mini-rosa ou rosa menina, rosa-miniatura, roseira-miniatura, chine rose (inglês), rosa china (espanhol). Ela é aclamada a Rainha das Flores sendo esse título dado por uma mulher, a grega Sappho, uma poeta lírica, conhecida como a "Décima Musa" ou "A Poetisa", em torno de 600 d.C.

As rosas são as flores mais presentes no imaginário popular e as que têm maior simbolismo cultural em todo o mundo. Na mitologia greco-romana, as **rosas** eram dedicadas à Eos (Aurora), deusa do amanhecer, simbolizando a juventude, à Afrodite (Vênus), a deusa do amor e da beleza, e a Eros (Cupido), simbolizando o perigo e fugacidade do amor. Deste modo, acreditava-se que as rosas eram, originalmente, de cor branca, mas tinham sido manchadas com o sangue de Afrodite, ao proteger Apolo (deus da luz), da ira de Ares (deus da guerra), tornando-se, então, vermelhas. Na Grécia Antiga, a rosa era associada a Harpócrates, o deus do silêncio, que a recebeu de Eros, numa tentativa de este conseguir o silêncio do primeiro em relação às indiscrições amorosas de sua mãe, Afrodite.

O Cristianismo utiliza a rosa com fortes atributos de simbolismo que se manifestam até os dias atuais, sendo que a rosa branca inspira pureza, enquanto a vermelha simboliza o martírio de Jesus, bem como, podem também refletir a pureza e santidade da Virgem Maria em alusão à concepção de Jesus e sua devoção está vinculada ao Rosário, um cordão de contas interligadas, onde cada uma representa uma oração.

As religiões de matriz africana, como o Candomblé e a Umbanda, utilizam as rosas em associação com determinados orixás e entidades espirituais, respectivamente, de acordo com a cor de suas pétalas, sendo empregadas nos benzimentos e nos chamados banhos de rosas,

³ Informações retiradas de: Mini Rosa (*Rosa chinensis* var. *semperflorens*). Disponível em: <https://sabordefazenda.com.br/produto/mini-rosa-rosa-chinensis-var-semperflorens/>; Rosa chinensis Jacq. Disponível em: <http://www.unirio.br/ccbs/ibio/herbariohuni/rosa-chinensis-jacq> Acesso em: 02 ago. 2023

onde, conseqüentemente, a cor serve como indicativo da sua finalidade. As rosas ainda estão presentes em todos os rituais de celebração do nascimento, aniversário, formatura, namoro, noivado, casamento e morte.

Porque me titulei Rosa Menina e Quem sou? História de vida da participante Rosa Menina, 78 anos, como narrada:

Eu lembro bem. Eu me identifico muito na minha infância com a Rosa Menina. Na minha infância a Rosa Menina me identifica. Porque a gente morava na fazenda e sempre que morria um anjinho, eu tinha perto essa Rosa. Eu cuidava dessa Rosa Menina. Aí ela dá uns cachinhos muito lindos, né? Aí quando morria um anjinho, eu ia lá levar o cachinho daquela Rosa. Colocava na mãozinha daquele anjinho.

Porque quando falecia [pausou a voz]. Um bebê, né? Falecia muito bebê naquela época lá na fazenda. Aí quando eu ia, porque era eu quem vestia. Era eu quem arrumava o caixão. Aí eu já levava aquele caixinho de rosa menina. Pra chegar lá na mãozinha do neném botá. E como eu tinha, ensinava o acompanhamento. Hoje em dia nem pode, né? Mas antigamente o acompanhamento era os meninos da escola. Acompanhava aquele anjinho até o cemitério. Era muito linda a época, assim. Orava o Pai Nosso com as crianças. Era assim, a minha vida foi assim. Não tem muita coisa melhor.

Quem sou? *Nasci em Monte Branco, me batizei na igreja Santo Antônio, na Matriz. Depois, com uns 3, talvez uns 4, 5 anos, meu pai foi pra Mata. O povo daqui falava Mata, que foi no lugarzinho da fazenda chamada Baixa de Areia. Aí a gente foi pra lá, ficamos lá um tempo. Depois eu fui pra casa do patrão dele pra poder estudar. Era no Mineiro, chamava Mineiro, mais ou menos. Fiquei lá mais ou menos até os 13 anos. Aí ele veio também, mudou pra cá. E aí a minha infância foi assim. Meus irmãos iam nascendo e a gente ia cuidando, né? Os mais velhos iam cuidando dos mais novos. E minha mãe teve 13 filhos. Morreram 3, hoje ela tem 10. Hoje ela tem 10 filhos e eu sou a mais velha. Meu pai faleceu com 93 anos. Agora dia 27 de julho faz 13 anos que ele faleceu. E minha mãe faleceu agora com 96, no dia 21/07/2023. Aí passei o tempo todo no Mineiro até quando casei.*

Eu, assim como eu falei da minha infância, né? No meu tempo, eu fui criada com pessoas não bem com minha família, porque eu fugia às vezes de casa, saía, né? Tinha

peessoas que me acolhiam melhor e eu vivia sempre. Fui criada com uma família evangélica, D [nome do dono da fazenda] e Dona R [nome da esposa do dono da fazenda]. Pra estudar um pouquinho, eu ia pra casa deles pra poder ir pra escola. Ai eles me acolhiam como se fosse filha dele. Depois eu fui pra outra família, com 13 anos, pra cuidar de criança. Minha infância foi assim, foi muito difícil pra mim. Eu tive muito, o que eu sei hoje, eu digo que eu sei muita coisa pela oportunidade que eu tive, né? Eu sei muita coisa. Mas, eu tinha vontade de ser, mas eu falei, eu não tenho inveja de nada dos outros, mas de saber que aquela pessoa é inteligente, sabida, sabe falar, fala direitinho, sabe muita coisa. Eu, não é que eu tenha inveja, mas eu queria ser uma pessoa, hoje, com a liberdade que as mulheres têm, eu seria essa pessoa, assim. Estudar, aprender as coisas, né? Saber.

Meu pai não deixou a gente estudar. A gente não estudava. Eu estudei, e ontem eu tava falando aqui. E só dois filhos dele estudou. Eu e o E [nome do irmão], que também já faleceu. Porque a gente era muito teimosos. Ele mandava a gente ir pra roça, a gente ia pra escola. A gente estudou um pouquinho, eu estudei um pouquinho. E os outros que preferia ir pra roça não estudaram. Tem uns que não sabe nem [pausou a voz]. Não sabe nada, né? É a primeira leitura desse que não sabe. Vários desses não sabem. Eu vivi mais assim mesmo, né? Em casa de [pausou a voz]. Depois que eu saí da casa do seu D [nome do dono da fazenda]. DF [nome do dono da fazenda]. Ele era evangélico. Ai eu fui pra casa de Madrinha G [nome da madrinha]. Que era uma madrinha minha. Tinha fazenda, inclusive. Foi aonde a gente às vezes até recebia [pausou a voz]. Assim, aquele preconceito assim. Estudar [pausou a voz]. Por causa da pobreza, né? Quem estuda é filho de rico. Tinha aquela coisa assim.

Eu me casei com 24 anos. Casei no dia 4 de abril. Tem 53 anos que fez agora que casei. Tive 3 filhos, dois homens e uma mulher. Hoje eu tenho 5 netos. Meu esposo era de Gandu. O Mineiro, a fazenda dele era vizinha com [pausou a voz]. Meu pai tomava conta e a gente se conheceu. Depois de casada fui morar em São Paulo. Eu morei em São Paulo 15 anos, 16 anos por aí. Depois de São Paulo eu vim pra aqui. E tô aqui até hoje. Meus três filhos nasceram em São Paulo. Quando morei em São Paulo trabalhei só em casa. Costurava, fazia tricô. Lá usa muito tricô, cachecol. Essas roupas aí eu fazia. Cuidava dos filhos, né? Meu esposo trabalhava. Depois ele perdeu o emprego. Não trabalhou mais. Mas aí ficou mais difícil pra mim. Ai foi quando a gente veio embora. Ele perdeu o emprego. Eu fiquei sozinha pra cuidar dos filhos. Não tinha [pausou a voz]. Como é que se diz? Ele não tinha

renda. E pra mim ficou difícil trabalhar com essas crianças. Aí eu resolvi vir embora pra aqui. Porque aqui era a terra que eu já conhecia. Tinha nascido aqui. Eu já conhecia Jequié. Em parte eu já conhecia, né? O Monte Branco era pertinho. Nós viemos pra aqui e ele ficou 10 anos sem trabalhar. Aí eu consegui um emprego numa fábrica, numa confecção. Aí eu fui trabalhar. Foi onde eu criei meus filhos, né? Criei meus filhos lá. Eu trabalhando lá. Lebruti. Trabalhei na Lebruti 20 anos. 20 anos trabalhando. Trabalhar na produção. Depois eu passei a ser encarregada da malharia. Aí até aposentei. Aí eu saí. E ele depois de muitos anos assim parado, ele conseguiu, fez um concurso pela prefeitura e trabalhava no CAIC como jardineiro.

E depois ele ficou, ele aposentou. Mas foi uma vida muito difícil quando eu vim de São Paulo pra aqui. Foi muito difícil. Eu falo que meus filhos iam pra escola assim, sem nem o café da manhã eles tomavam. Até meio do dia chegavam em casa e era só [pausou a voz]. Foi muito difícil. Foi, foi muito difícil. Eu não gosto nem de me lembrar. Porque hoje, as crianças hoje tem de tudo, sabe? Às vezes eu falei pra minha neta essa semana, vocês adoecem por ter tudo. Porque tem tudo. E meus filhos não tinham nada e hoje tá tudo aí. Porque agora há pouco tempo minha neta adoeceu de anemia. Falei, porque tem muita coisa pra comer. Não come o necessário. Não come o essencial. Eles comiam pouco, mas era saudável. Eu cozinhava o feijãozinho que eu cozinhava. Eu cozinhava com verdura. Não tinha carne, mas tinha verdura. Tinha o arroz. Aí eles nunca tiveram problema de anemia. Hoje eles têm tudo. E os filhos, né? Falei, porque vocês adoecem por ter tudo. O que a gente conseguia era um feijãozinho, uma verdurinha. Era o que eles comiam. E aí? Era assim, né filha? A vida da gente foi muito difícil, né? Só que passou. Graças a Deus já passou. Todos os meus filhos estudaram. E são todos 3 professores. E o G [nome do filho] não é professor, ele é policial. Mas todo mundo fala que ele tá na profissão errada. A profissão dele é ser professor; pois é formado em Letras e está fazendo Doutorado em São Paulo- São José do Rio Preto.

Crisântemo⁴



Fonte: <https://www.vivadecora.com.br/revista/crisantemo/> Acesso em: 04 set. 2023

Os crisântemos são plantas que constituem o gênero denominado cientificamente como *Chrysanthemum*. Este compreende um número extenso de variedades, sendo algumas das mais comuns e comercializadas as seguintes: *Chrysanthemum morifolium*, *Chrysanthemum maximum*, *Chrysanthemum carinatum* e o *Chrysanthemum indicum*. Falar da flor crisântemo é, em muitos sentidos, falar de uma espécie que possui muitas variações. Estima-se que é possível encontrar mais de 800 tipos de crisântemo no mundo, com variações entre portes grandes e pequenos, além de cores variadas. A flor do crisântemo é ainda muito importante para a cultura asiática, sobretudo por representar a força e o poder dos imperadores chineses.

O crisântemo possui como significado a simplicidade e a perfeição, sendo muito utilizada para dar sorte a pessoas que serão submetidas a atividades de risco. Ela se caracteriza como uma flor de outono, o que lhe garante uma força simbólica que transita entre as alegorias de vida e morte, céu e terra, de modo que, o crisântemo é uma flor de felicidade e alegria para todos.

O crisântemo é uma flor que tem vários simbolismos, assim, não são meras plantas decorativas. Na Espanha, por exemplo, o seu uso está muito associado com o Dia de Todos os Santos, pois nos cemitérios de todo o país, o dia 1 de novembro, ou mesmo em dias anteriores e esta data, as pessoas depositam milhares de ramos confeccionados com estas plantas tão coloridas, tratando-se por fim, de uma oferenda floral.

Em outros lugares do mundo, como nos Estados Unidos da América, a flor do *Chrysanthemum* é considerada um símbolo de energia positiva. Para os chineses, são sinônimo de sabedoria, em outros países, de honestidade e no Japão é a flor nacional.

⁴ Informações retiradas de: Crisântemos, as flores de grande simbolismo e cultivo simples. Disponível em: [https://lojahusqvarna.com/blog/fichas/crisantemos/#:~:text=O%20cris%C3%A2ntemo%20%C3%A9%20uma%20erva,4%20e%20o%209%20cent%C3%ADmetros](https://lojahusqvarna.com/blog/fichas/crisantemos/#:~:text=O%20cris%C3%A2ntemo%20%C3%A9%20uma%20erva,4%20e%20o%209%20cent%C3%ADmetros;); Crisântemo: Saiba Como Cuidar, Significado e +41 Arranjos. Disponível em: <https://www.vivadecora.com.br/revista/crisantemo/>; Características do Crisântemo (*Chrysanthemum* X *Morifolium*). Disponível em: <http://www.plantasonya.com.br/flores-e-folhagens/caracteristicas-do-crisantemo-chrysanthemum-x-morifolium.html> Acesso em: 02 ago. 2023

Considerando as muitas espécies de crisântemo, uma muito comum e apreciada mundo afora é o crisântemo branco, que de uma forma ou de outra carrega a paz como principal significado. Já o crisântemo amarelo considerado muito radiante, tem como uma das muitas simbologias a felicidade. Ele também é um grande símbolo para a amizade, e em países da Ásia, ser presenteado com um crisântemo amarelo é significativo de que uma amizade foi celada, além disso, ele simboliza a satisfação. O crisântemo rosa é uma flor que representa a mocidade e a ponte entre a inocência e o desejo. Exatamente por isso, o crisântemo rosa é muito utilizado em festas de quinze anos e celebrações de formaturas e noivados.

Porque me titulei Crisântemo e Quem sou? História de vida da participante Crisântemo, 67 anos, como narrada:

Eu me emociono muito quando eu vejo a beleza dele, né? A flor, né? Muito. Sei lá. Eu me sinto bem quando eu vejo aquela flor. Muito bem. É um bem-estar que eu sinto quando eu vejo na igreja. Eu sempre falo com uma amiga que vai pra igreja, “mas você ama os crisântemos”, eu disse, eu amo essa flor. Ela me traz, assim, alegria, bem-estar. Tu acredita? É isso que me dá. Muita tranquilidade. Eu peguei e trouxe. Eu amo esses crisântemos. Se eu pudesse, todo dia minha mesa tava assim. Cheia de crisântemo. Até crisântemo pra mim é isso. É emoção. Ah, quando eu vou ver a igreja arrumada com essa flor. Eu amo de verdade esse, essa flor. Essa flor. Já conhecia, né? Na minha terra também, já conhecia essa flor. Que minha mãe é muito chegada à planta, a flor. Ela amava muito. Então, não é que eu conheci aqui os crisântemos. Faz parte da minha terra. A igreja da purificação em Santo Amaro da Purificação. A produção é da minha terra. Faz parte da purificação. Então, a igreja lá também enfeitava muito a igreja. É lindo essa igreja.

Quem sou? *Eu nasci em Santo Amaro da Purificação. Eu sou filha de Santo Amaro da Purificação. Minha mãe teve seis filhos, dois homens e quatro mulheres, um irmão já morreu, e ainda tenho um irmão lá em Santo Amaro da Purificação, só ele mora lá agora, é casado, tem uma filha e uma neta. E minhas irmãs hoje moram todas em Salvador. Só eu moro aqui em Jequié.*

Meu pai [pausou a voz]. Porque minha mãe se separou. Assim ficou [pausou a voz]. Meu pai se separou. Ela teve essa [pausou a voz]. Ela era casada. Mas aí não deu certo. Se

separou. Mas sempre na minha infância eu ia passar semanas na fazenda com meu pai, com minha tia, com minha avó, que é a mãe dele e a irmã. Sempre eu ia passar. E a minha mãe mandava eu ir. Ficar lá na fazenda. E era bom demais a fazenda. Era um lugar tão [pausou a voz]. É ainda, né? Ela ficava no alto. Você via o trem passar lá embaixo. E aquilo tudo eu [pausou a voz]. Né? Era muito bom. Minha infância foi assim. Foi muito bom. Em casa com minha mãe também. Minha infância foi ótima. Porque hoje em dia ninguém tem a infância que eu tive. Eu brincava, a gente fazia roda. Tinha os horários certos pra entrar, né? Por exemplo, o horário do café, tudo certo. Não é hoje que é tudo assim disbaratinado, né? A vida do jovem hoje é muito [pausou a voz]. À toa. É. Tem uns que nem obedecem, não é? Mas eu tive assim. Eu tive uma infância assim, muito certinha. Estudei. Todos nós estudamos. Minha mãe era uma mulher muito guerreira, sabe? Muito guerreira. Tomava muito conta dos filhos. Eu ia pra casa da minha avó, mas [pausou a voz]. Passava 15 dias e ela já ia me buscar. E eu amava a fazenda. Era bom demais. Até que há uns tempos aí, depois que meu pai morreu, eu fui lá.

Fiz primeira comunhão, sou batizada, sou crismada. Tudo isso lá em Santo Amaro da Purificação. Então, eu acho que foi bem. Eu sempre falo pra minha neta. Hoje ela tem 15 anos. Então, eu sempre falo com ela. Ô, J [nome da neta], eu queria que você tivesse a infância que eu tive. Aí, eu converso com ela de novo. Ô, J [nome da neta], eu fico triste quando eu vejo você só assim. Nesse computador. É, direto. Dentro do quarto. É. Eles têm isso, né? Aí, eu converso com ela. Digo a ela que não. Que a nossa infância, que eu falo da minha família, né? Não. Todo mundo tinha dever e obrigações. Eu, com sete anos, eu já botava o lixo do lado de fora. Eu já fazia a minha cama. Quando eu levantava pro colégio, eu já deixava a minha cama toda foradinha. Eu já lavava a minha calcinha aos sete anos. Você acredita nisso? Tô falando sério. Eu sempre falo quando tenho ligado com minha filha. Era assim. Todos certinho, sabe? Minha mãe, sete, oito, nove. Quando eu tinha dez anos, minha irmã mais nova, que é a J [nome da irmã]. Minha mãe lavava a roupa. Mas, na hora, ela dividia. A mais velha passava as roupas maiores, pesadas, Toda vez que ela lavava a roupa, a minha ficava assim, miudinha, né? Tava ali arrumado. Porque a da minha irmã mais velha, eram as pesadas maiores que tinha que passar. E eu, as menores. Você viu como era a vida, não é? É. E ninguém reclamava, não. Que ia andar de muxuxo. Não, não. A gente sabia que aquilo era sério.

Quanto a coisa é diferente de hoje, eu acho muito diferente. Você ia pra um lugar. Você vai pra onde? Agente sabia a hora que ia chegar. Que ia sair, que ia chegar. É ficar assim, né? E tudo assim. Aí minha irmã costurava muito. Ela era muito prendada em camisa de homem. Divinamente. Era assim que ela costurava. Então, eu é que ia buscar os aviamentos, comprar. Ela me dava notinha. Na noiva, o nome da loja. Ainda lembro a loja. Chamava noiva. Eu ia comprar tudo. Tudo que precisava pra camisa de homem, né? Eu ia comprar e voltava com tudo. Tudo certo. Muito bom. Minha infância foi assim. Tudo muito organizado. Minha irmã você vai pro colégio, mas nada de brincadeira. Hora do recreio é hora do recreio. Mas deu hora de ir pra casa, é pra ir pra casa. Eu me lembro que eu nunca deixei de sair do colégio pra ir brincar. Nunca fui. Eu tenho, assim [pausou a voz]. Prazer de falar sobre isso. Da minha criação, da minha mãe. Dos meus irmãos também, né? E eu criei meus filhos assim. Eu falo muito. Minha infância foi ótima, graças a Deus. Naquele tempo antigo, né? Pra mim, a minha criação foi ótima. Foi mil minha mãe.

Dificuldade todo mundo tem. Em certos momentos da vida. Mas [pausou a voz]. Aí quando [pausou a voz]. Também. Quando [pausou a voz]. Minha mãe tinha um filho, meu irmão. Mais velho. Foi que tomou conta da família. Arrego de família. Fazia de tudo por a gente. Meu irmão foi esse que tinha longe. O empresário. Ele sempre tomou conta da família. Tanto assim, quando ele casou. Ele comprou uma casa. Só casou. Depois comprou uma casa e botou a gente. Quer dizer, dificuldade minha mãe teve, que sempre todo mundo tem um pouco de dificuldade, mas essa dificuldade foi vivida assim com muita [pausou a voz]. Como é que eu digo? Minha mãe era uma pessoa muito [pausou a voz]. Guerreira. Não trabalhava. Chegou de um tempo [pausou a voz]. Ela não trabalhou mais. Mas era uma pessoa muito guerreira. Sabia governar a gente, né? A gente respeitava. A gente tinha aquele respeito pela nossa mãe. Minha mãe dava um carão na gente ou falava alguma coisa. quem disse que ninguém respondia. Igual o irmão nosso. Esse irmão que era [pausou a voz]. Eu sempre falo assim, ele parecia que era pai da gente. Muito irmão. Onde é que você encontra hoje em dia tomando conta de suas irmãs? Pra cuidar mesmo. Cuidava. Chegava tempo de inverno e ele vinha com aquelas [pausou a voz]. Colcha de frio. Capote. Pense numa pessoa que criou a gente parecendo que era pai. A gente tem [pausou a voz]. Aí diz que a gente tem assim [pausou a voz]. Tem que ter, né? Era assim. Todo fim de semana tinha uma roupa pra vestir. Por que não comprava tecido? Só fazia pagar. Pra fazer, né? Toda semana a gente tinha roupa nova. Fomos crescendo assim. Foi assim, minha infância. Não

tenho muito o que [pausou a voz]. Falar assim que [pausou a voz]. Dificuldade que todo mundo tem, né? Minha mãe teve, né?

Nós, as famílias, somos assim. Às vezes quando a gente passa por uma dificuldade, a gente tá firme e forte. A gente não se deixa abater. A gente não pode se deixar se abater pelas coisas. E principalmente quem tem fé em Deus. A gente se segura. No momento mais difícil, todo mundo tem uma hora mais difícil, tem um aborrecimento, mas é da vida. A gente não pode viver em desespero. Por exemplo, viver [pausou a voz]. Eu moro aqui e ninguém me vê em minha casa, em sufoco, em nervos. Porque a educação também tem que ter, né? Principal é a educação e respeito. Um pelo outro. Não é? Respeito é tudo também na vida das pessoas. Saber respeitar o vizinho. Eu moro aqui, mas eu não [pausou a voz]. Tô na casa de ninguém, mas todo mundo [pausou a voz]. Bom dia. Oi vizinho, oi vizinho. E minha mãe me criou assim. Todos nós da família, minhas irmãs são assim. A gente não gosta muito, casa de vizinho. Se precisar, a gente acolhe. Né? Se alguém precisar da gente, a gente tá com a mão pra ajudar, mas não vivi. Não dá certo não. Não é? É verdade. A gente tem que [pausou a voz]. Não dá certo. Foi o que eu [pausou a voz]. É minha criação. Não é? Meu esposo também teve uma criação também rígida, viu? A mãe dele. A mãe dele soube criar todos eles. Mas é, tem que ser, né? Naquele tempo, né? Porque hoje tá [pausou a voz]. As criações também, ó.

Minha mãe morreu aos 90 anos. Ela tinha um problema de [pausou a voz]. De respiração. Ela não tinha doença nenhuma. Minha mãe não tinha inflamação de nada. Era uma mulher. Mas chegou um tempo que ela começou com aquilo, né? Que ela cansou. E aí [pausou a voz]. E eu que fiquei mais com ela, né? De todas as filhas, quem mais [pausou a voz]. Por último, quem saiu fui eu, sabe, né? Minha mãe não tinha nada assim. Doença nenhuma. Nada de diabetes. Pressão alta. Minha mãe não tinha nada disso. Esse problema que foi que acarretou ela, foi acamando. No tempo de inverno, meu Deus, passava mal. No verão, melhorzinha, né? E isso foi acamando. Acamando até [pausou a voz]. Morreu com 90 anos. Linda. Amo minha mãe.

Eu me casei com uns 28 anos, meu esposo eu o conheci lá em Santo Amaro da Purificação. Ele era daqui de Jequié. Eu conheci ele lá. E eu ainda tava estudando. Terminando o ano. Aí, quando ele [pausou a voz]. Foi uma brincadeira, ele passou assim, ele fez assim. Boa noite, sua noite foi boa? Amanhã eu te digo. Aí ele me disse, ele veio e sentou. E estamos até hoje. Depois que me casei, fiquei morando em Santo Amaro da

Purificação. Mas aí [pausou a voz]. Teve uma enchente. Acabou com tudo mesmo. Uma enchente. Que em Santo Amaro da Purificação sempre tinha enchente. Agora não. Não tá tendo mais essas enchentes. Mas tinha. Que acabava com a vida das pessoas, sabe? Aí depois eu fui pra morar em Muritiba. De Santo Amaro da Purificação. Eu morei em Muritiba. Depois de Cachoeira. Depois de lá, de Muritiba, eu vim pra Jequié. Ele queria vir pra cá. Queria ver a família dele. E eu estou aqui até hoje. E eu digo que Jequié é minha mãe de coração. Eu amo Jequié, sabia? Aí todo mundo pergunta. Você tem vontade de voltar pra sua terra? Eu amo a minha terra onde eu nasci. Mas Jequié [pausou a voz]. Sei lá. Eu gostei daqui. Eu gosto de Jequié. Sabia? É até estranho eu falar isso, né? Mas eu amo Jequié. Foi tudo de bom pra minha vida.

Eu tive três filhos. Uma menina e dois rapazes, e tenho uma neta do filho mais velho.

Jiló⁵



Fonte: <https://saberhortifruti.com.br/jilo-rejeitado-e-adorado/>. Acesso em: 04 set. 2023

O jiló, cujo nome científico é *Solanum aethiopicum* gr. *Gilo*, pertence à família das solanáceas, sendo sua planta semelhante com a berinjela. O jiló é considerado uma fruta, por isso seus frutos são consumidos quando bem desenvolvidos, porém ainda imaturos. Possui sabor amargo característico e apresenta propriedades nutricionais e medicinais que auxiliam na regulação do sistema digestivo e agem como estimulante do metabolismo hepático. A fruta do jiloeiro é rica em vitamina A, vitamina C, vitaminas do complexo B, fósforo, cálcio, ferro, fibras e potássio, além de ser indicada na perda de peso, na melhora da visão, na proteção as doenças do coração, na prevenção de doenças cardíacas, no controle do açúcar no sangue e na prevenção de certos tipos de câncer, como o colo retal.

⁵ Informações retiradas de: PINHEIRO, Jadir Borges; PEREIRA, Ricardo Borges; FREITAS, Raquel Alves de; CASTRO E MELO, Raphael Augusto de. A cultura do Jiló. Brasília, DF: Embrapa, 2015. 70 p.: il. color.; 11 cm x 15,5 cm. (Coleção Plantar, 75). ISBN: 978-85-7035-533-1. Disponível em: <https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/165357/1/PLANTAR-Jilo-ed-01-2015.pdf>.; Conheça os benefícios do jiló, o amargo que faz muito bem à saúde. Disponível em: <https://ceagesp.gov.br/comunicacao/noticias/conheca-os-beneficios-do-jilo-o-amargo-que-faz-muito-bem-a-saud-e/>; Jiló: 8 benefícios para a saúde e como fazer (com receitas). Disponível em: <https://www.tuasaude.com/beneficios-do-jilo/>. Acesso em: 03 ago. 2023

O jiló ajuda no combate a prisão de ventre, porque é rico em fibras que melhoram os movimentos peristálticos do intestino, aumentando o volume das fezes, e facilitando a evacuação. Por conter potássio, ele ajuda a eliminar o excesso de sódio circulante no sangue através da urina, favorecendo o controle da pressão arterial. Em seu arcabouço nutricional, temos o magnésio, um mineral que participa do metabolismo dos receptores de serotonina e dopamina no organismo, sendo os neurotransmissores responsáveis por melhorar o humor, o prazer e a felicidade, além de combater os radicais livres, que são os principais responsáveis pelos danos causados à pele, e dessa forma, evitar a formação de rugas e a flacidez da pele, prevenindo o envelhecimento precoce.

O sabor amargo do jiló faz com que a boca salive mais, o que auxilia na melhora da digestão dos alimentos e inibe o mau hálito. O fruto do jiloeiro possui flavonoides que auxiliam no combate ao aumento de colesterol, que é uma gordura ruim, sendo assim, um aliado poderoso no tratamento de distúrbios hepáticos e dispepsia biliar, também no tratamento da diarreia e anemia, podendo ainda ser usado externamente em casos de queimaduras e dermatites.

Porque me titulei Jiló e Quem sou? História de vida da participante Jiló, 81 anos, como narrada:

Mas eu gosto muito do Jiló. Acho o Jiló muito bom. Eu como o Jiló de todo jeito. Eu como ele cru, como cozido, como frito. Eu gosto muito do Jiló. Representa, assim, uma coisa boa, né? Que a gente come, se sente bem. Eu acho assim. É uma coisa boa, que a gente come, se sente bem. Eu gosto muito do Jiló. Eu escolhi o Jiló, assim, porque eu gosto muito do Jiló. Gosto de comer o Jiló. O Jiló é muito bom. E diz que, assim, os povos falam que o Jiló serve até de remédio também.

Quem sou? *Eu fui nascida em Jitaúna, nasci e me criei lá. Meus pais, meu pai e minha mãe, todos lá de Jitaúna. Minha infância foi difícil, né? Boa não foi não, foi muito difícil. Porque eu não saía, eu não divertia, não ia pra lugar nenhum. Era dentro de casa, mas era dentro de casa. Meu pai e minha mãe me castigavam muito pra eu não sair. Então [pausou a voz]. Eu estudei muito pouco, mas [pausou a voz]. Já o estudo, eu acho que foi eu mesmo, sei lá, minha cabeça mesmo, que não deu pra mim aprender alguma coisa. Mas estudar, estudei.*

Então eu aprendi mesmo a assinar meu nome. Ler alguma coisa assim, pouquinho. Mas estudar muito, saber muita coisa, eu não sei não.

Meu pai ele trabalhava, porque naquele tempo tinha uns bois que carreava, né? Carreava com bois, carreando coisas. Madeira, essas coisas. Ele trabalhava com bois. Depois ele arriou, botou um comerciazinho. Aí terminou também. Minha mãe ela teve, deixa eu ver, três mulheres e um homem. Quatro. Quatro filhos. E só tem duas vivas. Os outros morreram. Só tem uma que mora em São Paulo e eu que moro aqui em Jequié. Meu pai morreu com 80 anos e minha mãe morreu com 94 anos aqui em Jequié, quando eu vim pra aqui, pra aqui pra Jequié, eles vieram morar mais eu. Ficaram morando mais eu.

Eu casei com 14 anos. Aumentou a minha idade pra eu poder casar. Eu não saía, eu não saía pra lugar nenhum. Meu pai não deixava eu ir em festa, meu pai não deixava eu ir em lugar nenhum. Eu não conhecia nada, não sabia de nada. Naquele tempo a gente era muito, né? Os pais da gente traziam a gente muito. Aí eu casei nova. Aí levei três anos pra poder ter o primeiro filho. Depois dos três anos, incariou um atrás do outro.

E aí, eu tive 11 filhos. Criei quatro que não foi meu. Uma foi neta, dois foi neto e duas foi de criação, que não era nada minha, porque eu criei. E essa tá morando em [pausou a voz]. Uma mora em Ipiauí, outra mora em Santa Catarina. E os meus, um mora aqui, outro mora em Teixeira de Freitas, outro mora em Goiás. E outras moram aqui mesmo. Uma mora em Jequiezinho, outra mora em São Judas Tadeu, outra mora lá no INOOCOP. E uma que foi morar em São Paulo também, a mais velha, morreu. Agora tem três netas que moram lá em São Paulo. A filha mais velha e o filho mais velho morreram. Tem nove vivos. O filho mais velho deu infarte, morreu. Ele trabalhava de caminhoneiro e tomava muitos arrebites pra não dormir. Aí atacou o coração. E a filha mais velha ela também sentia negócio de bronquite. E não tinha [pausou a voz]. Era do lado assim, ela perdia noite, tomava bebida, fumava. Aí atacou também os pulmões. E aí não teve jeito, morreu também. Aí em São Paulo mesmo.

E depois de criado, que eu tive esses filhos todos, eu vim pra cá, pra Jequié. Eu já vim pra aqui. Já com os filhos, tudo já criado. Já tava tudo criado. Aí, eu não queria vir pra cá, mas depois o marido queria vir, a gente veio. Aí, fiquei aqui esses tempos, tô aqui até hoje. O marido adoeceu, morreu, ele já morreu também porque ele era mais velho do que eu. Ele já ia fazer 80 anos. Ah, já tem 12 anos que ele morreu. Aí eu vim pra aqui. Cheguei aqui, arrumei o trabalho. Fiz o [pausou a voz]. O concurso. No prédio. Trabalhei nove anos no prédio. Depois de nove anos eu aposentei. Trabalhei

também aqui no prédio. Na Bremer. Trabalhei quase dois anos na Bremer. Trabalhei nesse prédio. Trabalhei lá em Jitaúna também, no prédio. Também lá. Aí juntou tudo. Com nove anos que eu tava trabalhando aqui. Aí juntou tudo. Eu fiz 60 anos. Que nesse tempo a gente aposentava mais nova, né? Aí eu aposentei com 60 anos. Agora pra faze [pausou a voz]. Eu fiz 81 anos.

E aí eu fiquei viúva. Eu vivo viajando, né? Por tudo quanto é lugar, assim. Quando me negócio de excursão. Eu já conheci muito lugar que eu nunca conheci. Muita coisa que eu nunca vi. Já conheci muito. Esse dia mesmo, essa semana. Esse mês eu fui pra Lapa. Passei muito lá na Lapa. Estou aqui. E a vida é assim, né? Eu vou falar a verdade. No tempo que eu casei. Tu acredita que nem uma praia eu conheci. Vim conhecer a praia depois que ele morreu. Depois que eu fiquei viúva. Que eu dei pra viajar, pra conhecer essa coisa. Entendo mais as coisas. Porque de primeiro eu não tinha tempo. Nem podia. E uma vez o marido não queria. Estava com uma lida outra. Quando eu estava criando os filhos, eu não podia sair. Porque não tinha mais quem deixar. Não podia deixar dentro de casa sozinha. E aí, a vida [pausou a voz]. Minha foi muito, muito, muito [pausou a voz]. Assim, uma vida cansada. O que eu trabalhei hoje? Eu trabalhei em roça. Casa de farinha. Lavava a roupa de ganho dos outros. Só pra ajudar a criar os filhos. Viajava. Cansei de viajar pra Tobias Barreto, Caruaru. Comprando coisa. E vendendo. Ia pra Jitaúna. Ia pra [pausou a voz]. Entroncamento de Jaguaquara. Ia pra Itagi. Tudo vender coisa pra poder ajudar a criar os filhos. Depois que eu vim pra Jequié, eu fiz o curso que eu passei, que eu trabalhava no prédio. Fazendo limpeza e merenda.

Meus partos foram normais. Graças a Deus que não tive complicações. Naquele tempo a gente ganhava mais neném por negócio de parteira. Eu ganhei tudo por parteira, e o último foi cesáreo. O último foi de sete meses. Só foi o último [pausou a voz]. Foi no hospital. Porque foi de sete meses. Aí deu muito trabalho. Aí eu morava em Jitaúna. Quando eu tive. Aí vim para aqui pra Jequié. Eu lembro até hoje que quando eu cheguei aqui, eu nunca tinha vindo nem em médico. Pra fazer que hoje em dia as mulher pra ganhar neném vai, sabe, vai pra médica e tudo. Nem de médico eu não ia. Aí me trouxeram aqui pra Jequié. Mas eu já chorei. Quando a enfermeira falou assim tu vai ficar aí, você não vai ter o parto normal, não vai ter o parto Cesário. Mas eu já chorei. Eu lembro que a enfermeira falou assim pra mim ô xente, mulher, deixa de choro. Tu teve tanto filho e agora tá chorando. Eu lembro que eu não era acostumada. Eu nunca tinha ido pra hospital pra nada. Aí já

chorei. Mas Deus ajudou que deu tudo certo. Quando nasceu deu um quilo e cem. Era miudinho. Aí eu lutei pra criar. Eu dava banho de três em três dias, que foi no inverno. Enrolava de algodão. Tinha a pelinha fina. Parecia uma coisinha assim. Até quando eu lutei, que Deus ajudou e criou. Hoje eu tenho um rapazão que mora em São Paulo.

A diabetes eu descobri depois dos filhos. Já há muitos anos. E a pressão também. Depois de muitos anos. E aí foi também que eu vim aqui pra Jequié. Aí eu vim aqui pra Jequié fazer o exame. Eu lembro também quando eu cheguei aqui que o médico falou que eu tava de diabetes. Mas eu chorei, chorei, chorei. Eu já chorei. Porque eu digo, meu Deus, essa doença me pegar e não é de família. Porque minha mãe morreu com 90 e poucos anos, nunca teve. Minha tia, irmã da minha mãe, morreu com 100 e poucos anos. Não tinha negócio de diabetes. Agora tinha negócio de coração. A família do meu pai. Porque às vezes se tinha naquele tempo, não era que nem hoje. Agora o médico falou que a diabetes que eu tenho é mais de emoção, nervoso. Quando fica muito preocupada, muito emocionada demais. Diz que era isso, mas [pausou a voz]. É. E agora os filhos todos estão aparecendo com diabetes. Já tem um mais velho, na beira do mais velho. Tá com diabetes. A outra menina minha e outro filho meu também. Tudo com diabetes.

Uva Roxa⁶



Fonte: <https://dicasdieta.com.br/beneficios-da-uva/>. Acesso em: 04 set. 2023

As uvas são frutos oriundos da árvore *Vitis vinífera*, uma espécie de videira, originária da região do Mediterrâneo até o sul da Alemanha. As uvas são cultivadas há milhares de anos, e uma das suas principais funções é a produção de vinho, obtido a partir da fermentação da fruta por leveduras específicas, sendo esta uma das atividades mais antigas da civilização, desde o período neolítico (7000 a.C. a 2500 a.C.). As uvas podem ser consumidas de diferentes maneiras, como em sucos, geleias, doces, vinhos, passas, in natura, entre outras. A fruta é rica em vitamina A, B, C e K, além de minerais como

⁶ Informações retiradas de: 10 benefícios da uva roxa e verde que fazem bem para a saúde. Disponível em:

<https://joov.com.br/alimenta%C3%A7%C3%A3o/uva/10-beneficios-da-uva-roxa-e-verde-que-fazem-bem-para-a-saude/>; Diferença entre uvas roxas e verdes e seus benefícios à saúde. Disponível em: <https://boomi.com.br/diferenca-entre-uvras-roxas-e-verdes-e-seus-beneficios-a-saude/>. Acesso em: 03 ago. 2023

cálcio, fósforo, ferro, potássio e zinco. Ainda, consiste em alimento com uma grande quantidade de fibras possuindo um alto teor nutritivo e isento de colesterol. A uva também é rica em propriedades antioxidantes, presentes principalmente em sua casca, sementes e folhas, que podem proporcionar diversos benefícios à saúde, como a prevenção do câncer, do envelhecimento precoce, o bom funcionamento do intestino e a redução da fadiga muscular, melhora do sistema imunológico, faz bem para o coração, *ajuda* a evitar infecções, traz benefícios para os ossos, *ajuda* a combater a depressão e faz bem ao cérebro e previne a anemia. Assim, mostra-se como uma fruta muito importante para a saúde pois, proporciona uma melhor qualidade de vida através da nutrição adequada.

Porque me titulei Uva Roxa e Quem sou? História de vida da participante Uva Roxa, 77 anos, como narrada:

Porque eu acho, assim, que a uva roxa ela é mais saborosa do que a verde.

Ah, eu acho bonita um cacho de uva roxa. Eu gosto da cor roxa. O que é que ela representa? Ela representa, assim, uma coisa que tem saúde, traz benefício pra saúde da gente também.

Ela me representa muita coisa. Sabe por quê? Porque no tempo que eu era criança, que eu convivia com meu pai e minha mãe, eu não tinha essas coisas. Ele não tinha o prazer de dar essas coisas pra gente, comprar não. Ele não comprava essas coisas pra gente, não. Ele dava só o que ele queria. Hoje eu tenho, hoje eu tenho isso. Hoje algumas coisas que eu gosto, eu consigo comprar. Era só o que ele queria. É, agora depois de adulta foi que eu vim ter. Que eu comecei a trabalhar, que eu vim ter minhas coisas, que eu quero aquilo que está no meu alcance. Hoje eu posso ter, posso comprar. Que eu vim saber, essa liberdade de ter as coisas. E tem umas que é doce, tem umas que é um pouco azedo. Tem umas que não tem semente, umas tem semente. Eu prefiro chupar a que não tem semente e é doce.

Quem sou? *Eu nasci aqui em Santa Teresinha, município daqui mesmo de Jequié. Me criei aqui. Minha mãe morreu com 88 anos, meu pai com 70. Minha mãe teve 15 filhos. Só tem 5 vivos. Minha mãe não tinha nenhum problema de saúde. Meu pai morreu com problema de saúde. Foi, problema de rins. De rins.*

Me criei aqui, me casei aqui. Estudei até a quarta série. Ô pró o que eu lembro, eu tive assim a dificuldade, porque naquele tempo a criação, os pais eram muito rígidos. Aí eu

não fui aquela pessoa assim, tive aquela infância, como é de hoje, não. De sair, de brincar, de estar [pausou a voz]. Não, não. Foi muito presa, era. Era daquele tempo que eu abastava se uma pessoa estivesse conversando e a gente passasse no meio, quando a pessoa saía, ó, taca. A gente tinha que esperar a pessoa sair pra depois a gente passar. Era aquele tempo. Aquele tempo que abastava, olha, o pai olhar e não podia dizer nada. Nada. Abastava um olhar do meu pai. Já apanhei até de irmão mais velho. Irmão mais velho por parte de pai. E meu pai foi casado três vezes. Casou a primeira, a segunda, a terceira, foi minha mãe. Minha mãe foi a última. Teve um filho só do primeiro casamento. Teve um, um mais velho. Só tive um, mas ele já morreu.

Era daquele tempo que quando o pai pegava [pausou a voz]. Meu pai pegava, ele tinha uma chibata desse tamanho, duas solas assim, ó. Ele sentava, costurava, costurava e botava aquele nó assim, ó. Pra quando ele bater em botar a gente assim, pra quando ele bater em não puxar, não sair a mão. Aí quando ele pegava a chibata, minha mãe já ia preparar a água com sal. Mas só tava nas costas. Minha mãe já corria logo. Quando a gente fazia uma coisa, minha mãe corria logo, sarrabuiava a gente, né? Pra ele não pegar. Aí que ela pegava a gente, pegava na ponta da taca e batia assim, aqui na ponta. Aí ele dizia, vem cá, você não sabe bater não. Quem sabe bater sou eu. E pegava. Apanhei muito.

Ele tinha um sinal nas costas, que ele apanhava que o pai dele batia nele com engaixo, aqueles engaixos de licuri. Não tinha um licuri, não ficava estalo. O pai tinha um sinal daqui tudo nas costas. Aí ele dizia que do jeito que ele apanhou, ele tinha que bater. Por isso que ele deixava o sinal na gente. É. E quando a gente achava um vizinho pra acudi bem, quando não achava [pausou a voz]. Quando o vizinho vinha, vinha e acudia a gente. A gente gritava, ô dona L [nome da vizinha], me acode, dona A [nome da vizinha]. Tinha as outras mães. A gente já corria gritando, gritando. E ele tinha mania de fechar a porta pros vizinhos não entrarem. Mãe não podia entrar, sai debaixo pra não sobrar pra você. Quando os homens [pausou a voz]. Meus irmãos mesmo teve uma vida assim, que vivia mais por fora, cortando por volta do [pausou a voz]. Tinha, sim, aquela liberdade de ficar dentro de casa. Vivia mais por fora. Eu acho, é. Porque dizia que o jeito que ele apanhou, ele tinha que bater. Mas, sinceramente, aí eu lembro, mas não tenho aquela mágoa. Lembro que é difícil a gente esquecer, né?

Ele era um homem muito ignorante, que [pausou a voz]. As roupas da gente, ele é quem ia pra loja comprar e quem levava na casa da costureira. E ele quem dava o modelo.

O jeito de fazer. E é ele quem ia comprar, tanto pros filhos como pra minha mãe. Minha mãe morreu sem saber o que era. Vem saber o que era praça depois que ele morreu. Era presa. Ele era muito grosso. Muito rude. É. O que a gente tinha mais um pouquinho era da mãe. Era dela. Tanto que qualquer coisinha ela ainda tapeava. Mas ele não tinha acordo. Quando eram os meninos, ele jogava no chão e [pausou a voz]. ajoelhava em cima e [pausou a voz]. Toma aqui. Toma aqui. Toma aqui. É [pausou a voz]. Apanhei, é muito.

Ele era marceneiro. Ele batia na gente pra dar bolo. Não era com palmada, não. Ele tinha uma palmatória da grossura de um ripão desse. A bicha desse tamanho assim, ó. E grossa, só lugar assim, no lugar dele pegar. E tinha assim uma curva e lascava assim, dois centímetros. Só soltava quando sangrava. E só soltava quando sangrava. É [pausou a voz]. Os vizinhos pegavam. Na minha, ele nunca bateu assim, não. Mas os irmãos, ele batia aí. As vizinhas vinham, buscavam, levavam. Porque eu trabalhei logo na minha infância. Eu e a minha mãe trabalhávamos em lavagem de roupa. Minha mãe tinha três, quatro freguesias de roupa pra lavar. De manhã cedinho, a gente fazia, ela fazia a trouxa pra mim, uma pra ela e pra meu irmão mais velho. E ia pro Rio lavar roupa. Só vinha de tarde, com a roupa enxugada, que já fazia as trouxas. Vinha todos os três, cada um com uma. Ferro era um meu, um do meu irmão e outro dela. É, que eram três freguesias de roupa. Três freguesias. Passar até pra entregar pro pessoal. Foi a minha vida. Foi mar de rosa não.

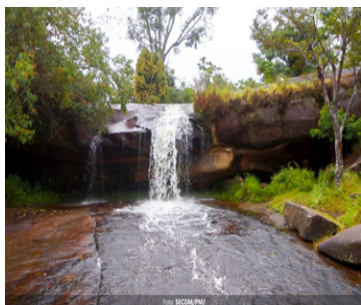
Casei com 17, meu esposo com 19. Pra mim me libertar, foi. Tive que me apressar no casamento. sou mãe de dez filhos, seis homens e quatro mulheres, eu tenho 29 netos e 27 bisnetos. Essa semana também ganhou mais outro bisneto. É? Ganhou. Tá na faixa, assim, eu tô pegando pelo ar, porque só somando no mesmo, viu? Só na caneta. É, porque os netos eu lembro que é vinte e nove. Vinte e nove. Agora os bisnetos, e é só de oito filhos, porque dois eu não tenho neto ainda não.

Todos os meus partos foram normais. Só foi o último que foi cesáreo. Porque no oitavo mês eu tive a placenta prévia. Estourou. Teve que fazer um parto de emergência. Fez o parto e ligou, porque já era o décimo filho. Tive um aborto de cinco meses. Foram gêmeos. Antes de eu me desenvolver, a barriga criou uma água, desenvolveu muito. Quando não suportou, estourou a água e eu perdi. Os dois nenéns. Foi do meio para o fim das gestações.

Depois que eu casei eu trabalhei. Eu trabalhei de confecção. Trabalhei de funcionária pública. Eu trabalhei na Bremer. Trabalhei três anos na Bremer. Eu trabalhava na máquina de costura reta. Eu trabalhei no setor de [pausou a voz]. De educação. Aqui em

Jequié mesmo. Trabalhava em escola. Já trabalhei também na parte da secretaria. E trabalhei nos serviços gerais. Foi. Foi concurso? Foi. No final foi concurso. Mas no início não foi logo concurso, foi depois. Primeiro foi contrato, depois foi concurso. Completei a idade. Ah, aposentei por idade.

Passeio⁷



Cachoeira do Humaitá Jequié-BA

Fonte: <https://www.jequie.ba.gov.br/noticias/fiscalizacao-da-prefeitura-de-jeque-impede-acesso-de-carros-e-motos-nas-margens-da-cachoeira-do-humaita---> Acesso em: 04 set. 2023

O significado da palavra passeio remete a ação de passear, de percorrer um caminho para caminhar ou por distração. Lugar onde se passeia; praça, largo, jardim e outros, destinados ao passeio. Considerando a origem etimológica da palavra passeio, esta associa-se a deslocamento e origina-se do latim “passus”, que significa passo ou passada. O passeio remete a um percurso despreocupado de certa distância com o objetivo de se divertir. Desta forma, o passeio proporciona que o corpo e a mente estejam livres das tarefas do dia a dia, como forma de oportunizar a redução das tensões ao abrir-se para o exterior, ou seja, na interação com o ambiente ou para as pessoas. O passeio exige menos compromisso do que uma viagem pois não necessita dispor com tanta frequência de tempo ou recursos, ou mesmo, se empenhar no planejamento rigoroso e antecipado. Assim, o passeio improvisado pode ser um bom indicativo na obtenção de prazeres e benefícios dos mais diversos, pois proporciona mudança de cenário, descoberta de novidades, aquisição de novos conhecimentos, encontros, dentre outros.

Considerando as características históricas da palavra passeio, sua origem está enraizada na forma como o uso do tempo livre foi evoluindo nos diferentes períodos da história.

No período em que as sociedades estavam estruturadas em tribos, não existia uma divisão precisa entre as atividades produtivas e o tempo livre, ou seja, não havia uma dissociação entre recreação e trabalho. Nas tribos, existiam danças e festas, mais estas faziam

⁷ Informações retiradas de: Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/passeio/>; O que é PASSEIOS. Disponível em: <https://namu.com.br/portal/o-que-e-passeios/> Acesso em: 03 ago. 2023

parte dos rituais destinados ao sucesso das colheitas ou caçadas e misturavam-se ao universo do trabalho.

Já no período do Renascimento, quando as cidades começam a se desenvolver e ultrapassam os limites do núcleo protegido por muralhas, o passeio torna-se uma diversão, pois, as pessoas começam a passear em locais públicos nos centros urbanos da época. Desta forma, herdamos desse período os jardins, praças e parque planejados para o lazer e o entretenimento.

O passeio torna-se um importante motivador pessoal no renovar o corpo e a mente através da oportunidade em sair do lugar comum do dia a dia e entrar em contato com os compassos da natureza, na busca por momentos de relaxamento, meditação, prática de exercícios físicos como andar de bicicleta, caminhar, correr, no reinventar de uma vida com maior qualidade de vida.

Porque me titulei Passeio e Quem sou? História de vida da participante Passeio, 79 anos, como narrada:

Não tinha alegria de sair pra ir pra lugar nenhum. Porque em roça só parava sábado e domingo. Sábado e domingo era dia de estar lavando roupa. Domingo vinha na igreja, eu voltava pra casa. E não tinha outra coisa a fazer.

Não, porque minha mãe não deixava sair com ninguém. Minha mãe não deixava sair com ninguém, com o negócio de viagem, não. Negócio de viagem, não ia sair, não. Tem até um trabalho lá fora pra fazer, não. Eu dizia, eu tinha vontade, e tinha vontade de um dia eu trabalhar na casa de uma pessoa pra juntar dinheiro pra comprar uma casa pra minha mãe. Ela dizia, não, minha filha, com fé em Deus, não vai precisar de fazer isso. Vamos pra roça. E não deixava eu ir. A pessoa me chamava, ô, dona M [nome da mãe], deixa ela ir brincar lá com meus filhos, ou morar comigo. Não, minha filha mora comigo, porque eu não tenho outra filha. A outra filha, a outra menina, aquela que ainda era pequena nessa época, já com idade de 13, 14 anos, e minha filha que toma conta de mim é ela. Ela não deixava sair, não. E há de mim que eu tenho mais pra ir com uma amiga ali daqui, ali.

Se eu pudesse hoje, eu tava fanfano. Eu tinha vontade de estudar. Minha mãe não deixou eu estudar. Eu chorava. Pra ir pra escola, eu via os meninos, os vizinhos, saírem pra estudar. Minha mãe não deixava. Desde eu pequena. Lá em Irajuba. Depois veio pra

Jaguaquara. Eu chorava, mãe, pelo amor de Deus, o pessoal da loja dizia deixa sua menina fazer um curso de corte, pra costurar na loja, pra mim na loja. Não, não pode. Minha mãe trabalhou, mas eu na roça. Nós comprou um gordo-porco, vendeu, comprou, comprou máquina, e eu cortava papel, cortava roupa velha pra fazer roupa, pra aprender a costurar pra gente dentro de casa. Pra mim, ela e minha irmã. E eu aprendi. Eu chegava nas estradas, ia, ficava arriscando, procurava uma e a outra, como era a minha letra. O povo dizia, por isso que hoje eu sei. Eles vão usar a metade do meu nome, mas pra ler, pra escrever.

Ele representa pra mim o passeio. Porque eu não entendia o que era sair. Só, às vezes, as pessoas diziam, vamos para tal lugar assim, assim. Um passeio assim, assim. Vamos embora. Vamos passear, vamos divertir. Vamos fazer como os médicos diziam. A senhora vai ter que sair, da um passeio pra divertir. Pra olhar o verde, pra olhar o mato, pra ver a água. Pra sua vida aumentar um pouquinho. Sempre ele dizia assim. Aí eu tinha isso como passeio. As pessoas iam pra um lugar e eu pedia pra ir junto. Iam pra uma roça, eu pedia pra ir. Pra divertir. E o que eu conhecia assim como passeio era isso.

O passeio, pra mim, era uma liberdade que eu não tinha, hoje que eu tenho. E quando eu saio com a minha turma da terceira idade, com a turma de convivência, pra mim era tudo, na vida, agora que eu não estou podendo ir nunca mais, eu fui já tem mais de 3 anos da pandemia, que eu não vou num divertimento, não saio mais. Mas assim, na NIEFAM, quando tinha aqueles passeios que a gente tinha final de ano, que levava a gente lá, né? pra almoçar. Aí era com aquilo, pra mim era um passeio, um divertimento. Pra mim eu tava no céu, que alegria. Quando tem agora os encerramentos, que tem a festinha da gente, com alegria. Minha mãe nunca me deixou dançar. Minha mãe nunca me deixou namorar. Minha mãe nunca me deixou sair com ninguém. Eu fui presa desde que nasci.

Eu paro tanto, me dá vontade de sair. Me dá aquela vontade de trabalhar, como eu já trabalhei. Eu tenho vontade. Eu panhei tanto café, eu trabalhei de inchada, eu plantava maniva, que é mandioca, né? Plantava maniva, que faz mandioca. Eu fazia tanta coisa, muita coisa. E também eu era sabida que tomava conta de fazenda, assim, de tomar conta das pessoas. Trabalhei para Italiano, trabalhei para pessoa que era brasileira, que deixava eu para tomar conta da turma, para trabalhar com tomate, com o negócio de plantação de verdura. Eu aprendi tudo. Aprendi tudo. Porque eu trabalhei, eu fiz tudo.

Mas hoje, graças a Deus, eu não estou boa, mas eu melhorei um pouco de quem eu era. Mas eu sempre gostava de sair assim com as pessoas que tinham no grupo. Para a gente fazer uns tipos de passeio, para divertir. Ou trabalhar com pessoas doentes, tomar conta de gente doente. Ir lá fora, ir para a roça, que os passeios que a gente fazia eram tipo passeio de roça. E dormir na casa de um conhecido, no outro dia voltar, para vir para casa, tomar conta da casa. E foi ficando velha, foi parando dentro de casa, e hoje estou no paradeiro, sem saber o que é que faço.

Quem sou? *Bom, eu queria contar uma história de quando eu nasci. Eu nasci no Entroncamento de Jaguaquara, e daí me criei a metade em Irajuba, depois voltei com sete anos para Jaguaquara. Meu pai tinha separado de minha mãe, e minha mãe morava na casa de umas pessoas que gostavam muito dela. E era a vizinha, que nem casa meu pai, e ela não tinha, que morava de aluguel. Depois ela teve que abandonar a casa e morar na casa das pessoas. Aí eu nasci, eu fui uma pessoa que nasci muito miúda, muito chocha, mas eu nasci sadia, eu nasci uma pessoa perfeita, uma pessoa que fui crescendo um pouco, mas minha mãe sofrida. Meu pai foi morar com [pausou a voz]. casou com outra pessoa, separou, e nós não sabíamos para que lado ele saiu. Porque eu era pequena e minha mãe se separou dele, e não queria mais meia de se encontrar. Minha mãe me criou, eu fui criada uma menina sadia, muito boazinha, muito sadia.*

Com uns 13 anos, comecei a sentir problema de fígado. Aí que foi esse que formou uma pedra, era uma pedra na vesícula, mas onde nós morávamos, nós morávamos em Irajuba, e não tinha conhecimento com médico. E aí eu fui lutando, mas minha mãe com essa pedra na vesícula, com esse fígado, obrigado a viver tomando chá, remédio de folha, mas tudo bem. Eu cresci, fiquei moça com 13 anos, mas minha mãe continuou trabalhando nas roças dos outros, porque nós não tínhamos roça, e depois cresci. Nesse período, eu tive um problema de erisipela, que um mosquito me mordeu, e aí eu sofri muito, mas eu venci, porque minha mãe me trouxe para umas pessoas de Santa Inês, me levaram, passaram o remédio para mim e eu fiquei boa. Mas sempre sofrendo, e sempre também trabalhando, mas na roça das pessoas. E nesse tempo, ninguém assinava carteira, ninguém marcava tempo, a gente ia crescendo com o tempo, a gente ia passando conforme o serviço estava dando para a gente. Nas férias, quando as pessoas que davam trabalho fechavam para não ter trabalho, a gente ia para outra fazenda, ia apanhar café, ia fazer esse tipo de coisa. Nisso eu cresci.

Cresci, depois minha mãe foi morar em Jaguaquara, minha mãe arrumou emprego na fazenda do Terejideo, que a gente veio embora para Jaguaquara. E aí acabou de me criar. Ela acabou de me criar e eu morando com minha mãe. Eu passei a vida toda lá. Saí de lá com 60 e poucos anos. E vim pra Jequié. Está com 16 anos que eu estou aqui. Minha mãe teve seis filhos, 4 (quatro) homens e 2 (duas) mulheres. Os quatro irmãos já morreram só tem eu e minha irmã viva, e minha irmã mora em Feira de Santana/BA. Minha mãe morreu com um problema no útero. Mas os médicos disseram que foi um tipo de outra doença, que não foi câncer. Ela levou nove meses na cama, eu cuidando dela. Aí morreu. A gente não sabia a idade dela. Mas morreu novinha. Meu pai eu conheci também, que ainda no final, eu tomei conta de meu pai no hospital para morrer. Deu uma febre braba, veio para o hospital em Jaguaquara e morreu.

Quando eu estava com 23 anos, me casei. Casei no padre, mas foi um casamento que foi muito agitado, não foi essa bondade toda, mas pelo menos tomei conta de meus filhos, e casamento daquela idade, daquele tempo que é agitado, não é um casamento seguro. Eu me sentia sempre no trabalho, sempre eu trabalhava. Tive três partos que já foram cesáreos. Três partos cesáreos que me deixaram magoada, muito magoada, fiquei na pior. Depois que eu tive esses filhos, mas fiquei sempre sentindo problema de pressão alta. Foi nisso que o negócio do casamento também, nada deu certo. Porque eu fiquei logo inutilizada. Continuei morando. Casada e morando com ele. Não separei, não. E os filhos foram um atrás do outro. Eu não criei sozinha, não. Porque o pai ajudava. Estudaram tudo mais. E viveu na vida deles que ainda vive hoje. Ainda dei ajuda de criar seis filhos dos outros. Ainda criei seis meninos dos outros que ainda tem. Ainda tem um que é doente. E os outros já, uns se foram já, morreu. Outros moram longe que nem dá notícia. Tenho três netas e um neto.

Depois de casada, fui criar meus filhos, meus filhos cresceram, e hoje moro sem os meus filhos legítimos. Mas eu trabalhei, depois que eu não aguentei mais trabalhar por causa de tanta doença, artrose, artrite, bico de papagaio, muita dor de cabeça, muitas dores nas costas, e a erisipela sempre me prejudicando. Aí eu tive que parar de trabalhar. E aí um me ajudava, outro me ajudava. Quando eu saí de Jaguaquara com 60 e poucos anos porque não tinha casamento mais, não tinha os filhos, já tava tudo solto assim, eu tinha uma irmã em Feira de Santana, eu fui morar mais uma sobrinha. De lá me deram um benefício, um pequeno benefício. E aí, foi que fizeram o meu [pausou a voz]. Tiveram dó de mim. E fizeram essa coisa de doença. Auxílio de doença. Foi, consegui me encostar. Minha sobrinha e

minha irmã lutou. Esse pequeno benefício, graças a Deus, eu estou me achando até hoje. E hoje estou nessa situação que não posso fazer mais nada.

Se eu for pensar, piora tudo pra mim. Que eu vou ficar preocupada. Porque passou isso com a minha vida. Eu venci? Venci. Porque Deus me ajudou que eu venci. E hoje, com a graça de Deus, eu estou com a minha NIEFAM, com vocês. E vocês estão me alegrando, estão me ajudando. A queda também que eu tomei, vocês me ajudaram. Me ajudaram e ainda estão me ajudando. Se eu preciso, vocês ainda me ajudam. Vocês, inclusive, todos me ajudam. E aí, graças a Deus. Mas cada dia chegando no pior.

Só fazendo a fisioterapia da NIEFAM, e a NIEFAM me sustentando, me dando a força, me dando conselho, me aguentando de dor, cheia de dor, de tudo quanto é de estucia, de dores, de doença. O olho doente, a perna doente, depois do reumatismo, da erisipela, veio ainda, depois de tudo, a artrose, o bico de papagaio. Veio também uma tal de uma varize, que estourou na minha perna uma vez. A varize estourou, eu fiquei internada, depois tornou a enchar, a perna tornou a enchar, deu uma trombose, e dessa trombose me empatou a fazer tudo. Mas ainda estou na luta com a NIEFAM, com a graça de Deus.

Família⁸



Fonte: <https://br.freepik.com/fotos-vetores-gratis/idoso-afro-familia> .
Acesso em: 04 set. 2023

O termo “família” é derivado do latim *famulus*, que significa “escravo doméstico”, sendo este termo idealizado na Roma Antiga para designar um novo grupo social que surgiu entre as tribos latinas, que introduziram à agricultura e à escravidão. A família é considerada um agrupamento humano constituída por duas ou mais pessoas que apresentam ligações biológicas, ancestrais, legais e afetivas, que convivem ou conviveram em um mesmo domicílio. Ainda, pode ser caracterizada por pessoas solteiras, casais heterossexuais, casais homossexuais e outras

⁸ Informações retiradas de: Família. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Fam%C3%ADlia>; O que é a família. Disponível em: <https://www.significados.com.br/familia/>; A família na atualidade: Novo conceito de família e novas formações. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-familia-na-atualidade-novo-conceito-de-familia-e-novas-formacoes/617244671> Acesso em: 04 ago. 2023

configurações presentes em diferentes contextos sociais, se constituindo como um núcleo básico da sociedade.

A família representa um grupo social primário que pode influenciar e ser influenciada por outras pessoas e instituições, o que impacta em seu modo de viver na sociedade a qual está vinculada. Assim, a família é uma instituição responsável por promover a educação e cuidado dos filhos, influenciando no comportamento dos mesmos em seu meio de convívio sociocultural e ambiental, transmitidos através de valores morais, sociais, nas tradições, nos costumes e conhecimentos perpetuados ao longo das gerações.

Dentro da família existe sempre um grau de parentesco geralmente compartilhado entre seus membros, sendo eles o pai, mãe, filhos e seus descendentes, que atendem pelo mesmo sobrenome, herdado dos ascendentes diretos. Assim, a família torna-se unida por múltiplos laços que as mantêm moralmente, materialmente e reciprocamente durante toda uma vida e por gerações. É no interior da família que os indivíduos constituem subsistemas formados por geração, gênero, interesse e função, com atuação de diferentes níveis de poder, onde os relacionamentos e comportamentos de um membro podem afetar e influenciar os demais membros do núcleo familiar.

Porque me titulei Família e Quem sou? História de vida da participante Família, 70 anos, como narrada

A família eu valorizo muito. É, sempre quando posso, estou ajudando. Eu estou, eu sou sempre a cabeça, eu gosto, eu gosto de ser. Eu digo, gente, eu, eu, eu não penso nem em mim, às vezes, sabe? Eu não, eu não, eu não penso muito, eu só penso assim, quando está, estou junto. E eu acho muito bom. De dar o melhor para eles. É.

Eu sempre procurei ser, sabe? Eu, eu, a coisa que, e a união, eu falo muito com eles, da união, que precisa ter. Quando eu vejo a família, alguém de lado, de mal, eu digo, gente, não pode ser, eu nem acredito, que pode ser, uma coisa dessa. Que mesmo tendo defeito, você tem que entender, aquele defeito do outro, que não pode ser igual, gente, Não é? Que não pode ser igual. E aprender a aceitar, respeitar, assim. A família me representa, eu acho, sempre fui esse elo de união, toda a minha vida, de criança assim, sempre fui. Nossa! Fui aqui presente. Vou ficar aí até o fim, né? Ainda nessa força. Eu sempre cuidei dos meus pais, sempre ali por perto, É o elo mesmo, né? É o elo.

Eu, meu pai, minha mãe, meu pai, eu sinto assim, que morreu cedo. Não deu tempo, assim, a gente, ter aquele trabalho. Mas, minha mãe, não. Minha mãe, eu acompanhei dia e noite. Ah, eu não ficava um dia sem descer lá. Eu tinha que descer, tinha que ver. Agora mesmo, meus irmãos estão vendendo a casa, e eu, meu Deus, se eu pudesse, eu não vendia aquela casa. Não tinha necessidade. E dava saudade, né? A gente sempre andou por lá. Do bom que foram com a gente, né? É só a gente entender que o que eles não fizeram é porque não teve, assim, a compreensão, não é? Não teve estudo. Não teve. Eles não tiveram, não é? Só conhecia mesmo o essencial, assim. Mas não tinha experiência. E aí, a gente, tudo que eles fizeram valeu. Valeu. Valeu.

Quem sou? *Eu nasci aqui em Jequié, no dia 28 de junho de 52. Tive uma infância, fui criada aqui mesmo, nessa cidade, com meus pais. E minha vida, na época de criança, foi um tempo bom. Eu acho assim, a gente brincava muito. A gente não tinha essa violência de hoje, não tinha esse medo de hoje. Hoje, as crianças, a gente evita sair e brincar. E naquele tempo, a gente tinha essa liberdade de brincar na rua, até mais tarde, picula, roda. Era muita coisa que a gente brincava. Meu pai era assim, ele não era tão severo. Meu pai sempre foi muito amoroso. A minha mãe era mais severa. Qualquer coisa, ela botava de castigo, tinha essa coisa assim, esse lado, né? Mas meu pai não. E aí, eu cresci assim, numa casa que, graças a Deus, a gente sempre teve uma boa vivência. Meus irmãos, a gente nunca foi contra o irmão, por briga, por [pausou a voz]. Não, até hoje, nós somos unidos. Porque é muito ridículo essas famílias que não sabem respeitar o outro. Eu acho assim, porque quando briga é porque falta respeito, não é? Além da amizade, falta respeito. E na minha casa, graças a Deus, nunca teve isso. A gente sempre se uniu. Se era comida, tinha que dividir, a gente dividia.*

Na minha infância, eu sempre estudava. Meu pai tinha aquela responsabilidade. Minha mãe não sabia ler. Meu pai foi quem ensinou, ajudou ela a aprender um pouco. Mas ele sentava pra ensinar, conta a gente, ensinava. Instruía assim, né? Ele arrumou um trabalho federal. Que ele entrou sem saber muita coisa. Ele disse que lá na hora passaram as contas pra ele fazer e ele não acertou. Só que deram a chance dele vir pra casa pra voltar pra fazer de novo. Ele pegou aqueles papéis. Chegou em casa, foi estudar e aprendeu. Voltou e passou nesse concurso. Era da SUCAM que ele teve, Serviços de Peste. Chamava, né? Ali na Caixa D'Água. E com isso, ele sempre instruía a gente pra estudar. Porque a

gente só ia ser alguém se a gente estudasse. Só que não tinha esse sonho de faculdade. A gente só era fazer o primário e formava pra professor. Era uma grande coisa. E assim foi a minha infância. Tive muito amiguinho na minha rua. A gente brincava muito

Meu pai morreu mais cedo. Ele morreu com 73 anos. Com a idade mais nova que o meu marido, né? Morreu, derrame. Deu um derrame e morreu. Ele deu, ele tava com 71. Aí durou até 73. Ele ficou acamado. Ficou alguns dias. Depois ele teve muito esforço. Levantou, andou. Ia pra rua sozinha. Pro centro. Pegava o ônibus. Depois, quando deu um outro, aí esse ele não aguentou. Ele não aguentou. Não aguentou, não. Ele tinha pressão alta. Mas você sabe, naquele tempo, tinha pressão alta, mas quem sabia? Não tinha essa preocupação, como nós temos hoje, de verificar, de saber que outras pessoas têm. Naquele tempo, não. Ainda tomava alguma coisa. Não direto, mas ele sempre tomava alguma coisa. E aí, com isso, tudo aí aconteceu. Também, esse derrame que ele deu, foi um caso assim. Um irmão meu foi embora pra São Paulo. E a minha mãe, ela sempre ia visitar ele. Sempre tem aquele filho que ele dá um pouco mais de trabalho, né? Aí minha mãe ia pra São Paulo. Quando foi um dia, ele [pausou a voz]. Minha mãe foi e ligou que tava vindo, trazendo o neto dele. Aí, nesse dia, ele chamou meu filho e falou ó, vamos fazer pipoca pra esperar. Mas ele tava tão ansioso, acho que, de saber que aquele menino vinha. Que quando eles chegaram, que foi à noite, ele deu esse derrame. Quer dizer, a gente não sabia que ele tinha pressão alta. Eu não sabia, nunca soube. Nunca tive a curiosidade de saber. Aí, quando foi à noite, ele deu esse derrame. E eu levei ele pro hospital. Aí, ele ficou internado. De lá do hospital, eu trouxe pra Perpétuo Socorro. Na época, ele tinha UNIMED, porque ele era federal, da SUCAM. Mas aí, pronto. Mas aí, pra casa, melhorou. Aí, ficou mais uns dois anos. Aí, quando deu o próximo, não adiantou. Não resistiu. Foi ansiedade. Foi. De rever esse neto, né? E quando meu pai tinha aquela coisa, da gente estar sempre junto. Mas meu irmão achou que tinha que ir pra São Paulo. E foi embora. Aí, quando voltou, ele ficou assim. Ele ficou muito [pausou a voz]. Aquela felicidade de rever a criança.

E minha mãe morreu ano passado. Fez um ano anteontem. Com 91 anos de idade. A minha mãe era mais assim [pausou a voz]. A família mais assim, ignorante. Meu avô era daquele tempo antigo, assim, sabe? Aí eu acho que o jeito que ela foi criada era o jeito que ela passava pra gente. Tanto que hoje, às vezes eu tento entender. Não é porque ela era ruim, não. É porque foi o que ela aprendeu na vida. O que ela recebeu, ela passava pra gente, né? Aí às vezes exigia as coisas. Era mais assim, mais dura. A minha mãe. Mãe teve

cinco filhos. Ela perdeu um, eu me lembro. E teve mais cinco filhos. Duas mulheres e três homens. Minha mãe levou 10 anos pra ter uma filha depois de mim. Ela precisou de um tratamento. Dr. AS [nome do médico] que fez esse tratamento e ela voltou a engravidar. Não estão todos vivos, tem um que faleceu em São Paulo. Esse mesmo que foi embora. Ele pegou uma moto um dia. Comprou uma moto. Mãe tava em casa. Ah, mãe, comprei uma moto. A senhora vai mandar o dinheiro pra mim. Legalizar e tal. Mãe disse. Ah, ave Maria, meu Deus. A pessoa, uma moto em São Paulo. Oh, filha, não deu dois meses. Bateu com outro lá. No dia de [pausou a voz]. Na véspera de Natal. Aí, morreu.

Eu casei com [pausou a voz]. Eu sou de 52. Eu casei em 74. Acho que eu tinha 21 e meio, por aí. 21 e meio. Eu não tinha 22 completa, não. 21 e meio. Essa faixa aí, eu me casei. Eu tive quatro filhos, três mulheres e um homem e tenho sete netos. Meus partos foram normais. Foi normal. A última que eu quis fazer, uma cesariana, porque eu tinha medo de ligar. Eu falava em ligação e eu tinha medo de voltar. De depois do parto, voltar pra ligar. Aí eu paguei a doutor [pausou a voz]. Era L [nome do médico]. Aí no dia de um carnaval, foi bem no carnaval, o L [nome do médico] viajou e doutor D [nome do médico] fez a minha cesariana. Ligou e eu não tive mais. Eu tinha 31 anos. Não foi por necessidade que eu fiz, não.

Trabalhei um ano em São Paulo. Mas já fui noiva. Trabalhei numa casa. Numa casa na Avenida Paulista. E eu nem disse à mulher que eu era noiva. E eu já era noiva. Porque se eu dissesse, talvez ela não deixasse eu ficar. Aí eu fui pra essa casa. Achei essa casa. Uns meninos, assim. Eles eram estrábicos. E tinham feito uma cirurgia. Eram dois irmãos. Eles têm loja até hoje. Como é o nome daquela rua ali? Perto da [pausou a voz]. 25 de Março. Aleblon, Animagem. Tudo era deles. E aí eu fui assim. Eu expliquei pra menina que eu era formada. Eu tinha meu diploma [pausou a voz]. Eu era formada. Eu precisava de um trabalho. Mas eu queria um trabalho doméstico. Eu não queria ficar indo pra casa da minha tia. E voltando, né? Porque eu não conhecia nem São Paulo. Aí a menina [pausou a voz]. Ah, aqui tem um emprego bom pra você. Eu vou providenciar. Aí ligou pra casa da mulher. Aí a mulher mandou que eu fosse. Aí era pra eu ler historinha. Tinha remédio pra dar naquele horário. É [pausou a voz]. Acompanhava eles pro clube. Em São Paulo. A mulher é daquelas madame, né? Chegava no clube. Minha filha reunia as colegas. E aí vamos falar de luxo, de beleza, de coisa. E eu ficava cá tomando conta dos dois meninos. Mas também eu não fazia nada na casa. Só de manhã. Quando eu levantava [pausou a voz].

Ela tinha uma menina menorzinha. Como eu não tava fazendo nada, eu pegava as roupinhas que a outra lavava. A G [nome da colega de trabalho] era uma colega. Aí eu passava tudo. Deixava as fraldas tudo arrumadinha. Mas foi muito bom. E aí no final do ano, quando eu já vim embora pra casar, eu disse a ela que meu pai tinha adoecido. Aí eu vim pra cá. Aí casei e não voltei mais. Mas gostei também que a gente vai conhecendo, né? Mas foi muito bom. Tive esses lance tudo aí. Fazer tudo isso.

Quando eu casei, eu não tinha emprego, não. Eu fui morar em São Paulo. Porque B [nome do esposo] trabalhava. Ele trabalhou no Rio, depois foi pra Salvador. Aí quando eu formei, eu achava que eu tinha que ir pra São Paulo. Porque São Paulo, naquele tempo, quem ia pra lá ganhava muito dinheiro. Era assim. Na minha época, minhas primas vinham de São Paulo. Todo mundo de rádio. Tudo animada. Porque tava trabalhando e ganhando dinheiro. E eu achei que eu tinha que ir pra São Paulo. Aí eu fui pra São Paulo. Fiquei morando lá. Nós alugamos uma casa perto da minha tia. Que morava lá. Na Casa Verde Alta. Aí nós alugamos uma casa. E fiquei morando lá. Passamos o ano todo lá. Eu ganhei R [nome do filho] lá. Meu filho mais velho é de lá. Nasceu em São Paulo. Na época eu mandei chamar minha mãe. Minha mãe foi com esse irmão mais novo. E ficou lá cuidando de mim mais de mês. Aí depois ela veio embora e eu continuei lá. Aí eu vim aqui, em Jequié passear. Em 76. Voltei para São Paulo. Mas quando eu voltei, eu já voltei pensando em vim embora. Aí com um ano, eu tinha uma casa. Tinha não. Eu tenho ainda. Uma casa que é colada com a da minha mãe. Pequeninha. Onde eu criei. Terminei de criar eles. Meu pai falou, a casa aí é sua. Se você quiser voltar. Aí, de novo, ele só falou a palavra. Voltei. Todas as minhas coisas. Até hoje eu lembro do carro que trouxe. Bonfinense. Aí trouxe minhas coisas, tudo. E eu vim para cá. E B [nome do esposo] voltou trabalhar mais um tempo lá. Seis meses. Porque quando ele veio, ele não deu baixa na carteira. Aí ele voltou, trabalhou um tempo, aprendeu a dirigir. E aí veio. No mês de junho. Para casa. Sete meses.

Mas a vida, às vezes, eu converso com ele. É que a gente morre sorrindo. Fica lembrando. Assim, das coisas. Parece que foi ontem. Que tudo isso aconteceu. Mas é tão bom a gente lembrar. São coisas que a gente passa, né? Aí eu vim. Quando eu casei logo, a gente não tinha televisão. Não tinha geladeira. Eu me lembro que [pausou a voz]. Quando eu, [pausou a voz]. Depois que eu casei, ele comprou. Trabalhando lá. Com móveis. Um homem fez um negócio lá e passou uma televisão. Aí meu tio, porque eu não tinha nada, sabe aqueles radinhos assim, pequenininhos, que a gente ouvia. Um tal Zebete, que tinha em São

Paulo. Eu chamava, esse rádio chama Consolador. Era o que a gente tinha. Aí eu ficava ouvindo aquele rádio, até ele chegar do trabalho. Aí, depois, ele comprou uma televisão. Aí, mais um ano, a gente comprou uma geladeira. Aí foi melhorando, né? Aí eu digo. Eu fico lembrando minha vida. Como é engraçado, como a gente muda, né? No início, foi bem difícil, né? Aí, meu filho, quando nasceu, o primeiro, eu não tinha dinheiro. Ele trabalhava de marceneiro e eu não tinha dinheiro para comprar um berço. Acredita? O primeiro. Aí, eu coloquei na cama mesmo, sem berço, sem nada. Aí, lá, eu dava banca, uma irmã de um dentista, que minha tia me arrumou. Com o dinheiro dessa banca, eu comprei o berço. Tudo assim. A gente ia fazendo tudo assim, né? Aí, depois, eu vim embora, comecei a trabalhar aqui, em Lafaiete. E, hoje. Graças a Deus. Graças a Deus. A gente venceu.

. E, aqui, quando a gente começou a construir aqui, essa casa, eu comprei [pausou a voz]. Eu tinha a casinha lá que meu pai me deu e eu comprei esse terreno. Aí, a gente começou a fazer a casa e eu fui comprando todo o material. De banheiro, de cozinha, e botando debaixo da cama, lá em casa. Guardando. Até o dia que eu vim construir aqui. Todo o dinheiro que a gente pegava, a gente empregava. Todo o dinheiro que a gente pegava. Não comprava, assim, pra ficar devendo. Nem tomava empréstimo, assim, grande. Até a gente terminou. E, aí, ele continuou trabalhando. Agora que ele não quer mais, não adianta mais porque eu estou precisando dele aqui.

5.2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

A amostra foi constituída por 8 (oito) participantes, de idade compreendida entre 65 a 81 anos, mediana 74,5 anos. Todas as participantes são residentes no município de Jequié/BA e seus domicílios estão localizados em bairros periféricos. Dentre as participantes, 6 (seis) são de pele negra e traços negros e 2 (duas) são de pele parda/marrom com características de ancestralidade negra. Porém, o sentimento de pertencimento étnico-racial foi de 5 (cinco) negras e 3 (três) parda/marrom ou “morena” como se autodenominaram, porém, durante o processo de entrevista uma das participantes se reconheceu e se autodeclarou como negra ou preta. Sobre este aspecto, Brasil (2017, p. 9) afirma, “a autodeclaração remete à percepção de cada um em relação à sua raça/cor, o que implica

considerar não somente seus traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos socioculturais e construção subjetiva do sujeito”.

O estado civil das participantes se iguala entre 2 (duas) viúvas e 6 (seis) casadas.

Segundo Rabelo et al. (2018, p. 198), “não é por acaso que o espaço periférico das cidades seja constituído por uma maioria de população negra e empobrecida”.

Nesse sentido, o Brasil como país colonizado sofreu a influência ideológica dos seus colonizadores, permanecendo após a abolição da escravatura as noções de raça baseada no pensamento racista da Europa acentuando a diferença entre brancos e negros ou não brancos, o que encontra vigência nos discursos e atitudes da maioria privilegiada da sociedade capitalista. Neste contexto, pensar na história social do termo raça em nosso país perpassa pelo entendimento da pirâmide racial da nossa população e do pensamento das elites em diferenciar os indivíduos pelo viés da posição social em que “quanto mais negroide o fenótipo, mais baixa seria esta posição” (SANSONE, 2014, p.401).

Considerando o aspecto religioso, a maioria foi de religião cristã/católica 7 (sete) e 1 (uma) cristã/protestante. Referente ao tempo de prática na religião 100% relatou tempo de 20 e 40 anos ou mesmo desde o nascimento/infância, sendo a crença colocada como fator essencial nas suas vidas. Sobre a religiosidade Nunes et al. (2017), expõe que as crenças pessoais são importantes fatores de apoio na superação às dificuldades no processo de viver com a doença, problemas, perdas e lutas, conferindo melhor satisfação com a vida por meio da esperança e de atitudes positivas diante dos enfrentamentos e das incertezas do futuro. A prática da religiosidade foi enunciada pelas participantes deste estudo como de mais valia a sua vida com efeitos benéficos a saúde física, mental, social e o bem-estar, resultado que também foi observado por Mota et al. (2022) como estratégia de cuidado ao enfrentamento do processo de envelhecimento associado às DCNT por idosas.

No que trata de ocupação, todas as participantes são aposentadas. Em relação ao histórico de profissões, 2 (duas) costureira autônoma e 1 (uma) costureira registrada, 1 (uma) doceira autônoma, 1 (uma) merendeira do serviço público, 1 (uma) lavradora, 1 (uma) professora do Ensino Fundamental e 1 (uma) secretária escolar do serviço público. O tempo de aposentadoria corresponde de 3 a 30 anos. Observa-se diante as profissões elencadas que na maioria houve desigualdade de oportunidades e a inexistência de equidade, um retrato da sociedade brasileira. Rabelo et al. (2018) comentam que a trajetória de pessoas negro-pardas é marcada por relações precarizadas de trabalho e que historicamente as mulheres negras

desempenham relações de trabalho que se assemelham a escravidão, e assim, se situam em estratos sociais de subordinação, direcionando-as para cargos inferiores.

Sobre isto, Madeira e Gomes (2018) relatam que o retrato das desigualdades raciais é visível e tem contribuído para que as mulheres negro-pardas sejam impedidas de desenvolverem suas potencialidades e, por conseguinte, não consigam uma maior mobilidade e ascensão social, permanecendo em ocupações ou posições de desvantagens, em destaque no mercado de trabalho.

Considerando o fator econômico das participantes, a renda individual dessas mulheres foi de 1 (um) salário mínimo para 6 (seis) e apenas 2 (duas) possuem renda de 2 a 4 salários. Quanto a renda familiar esta foi de 1 a 2 salários para 6 (seis), de 3 a 5 salários para 1(uma) e de mais de 6 salários para 1 (uma). Disto, convém destacar que houve consonância entre o maior número de mulheres serem aposentadas e a renda mínima individual ser de 1 salário mínimo e a renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, respectivamente. Do enunciado, Madeira e Gomes (2018) e Rabelo et al. (2018) se referindo as questões raciais e sociais da população negra, destacam que as mulheres negro-pardas vivem historicamente com uma renda média inferior quando comparada a dos homens e mulheres brancas. Ainda, segundo Rabelo et al. (2018, p. 198) a baixa renda individual e familiar é “percebida pelos próprios idosos como insuficientes para as suas necessidades”.

Referente ao nível de escolaridade 2 (duas) são alfabetizadas sem escolarização e 4 (quatro) possuem ensino fundamental incompleto. Destaca-se que 1 (uma) possui ensino médio completo e apenas 1(uma) possui ensino superior incompleto. Sobre este aspecto, Araújo et al. (2021, p. 10) enunciam que o nível de escolaridade “pode influenciar no tipo de ocupação dos indivíduos e, conseqüentemente, na renda familiar”. É sabido, que o baixo nível educacional da população negra, inclusive da mulher idosa negro-parda, prejudica o acesso à informação e ao sistema de saúde, influenciando negativamente nas condições de saúde e na adesão à estratégias de cuidado para uma melhor qualidade e controle dos desvios de por DCNT (SILVA et al., 2016).

Mostra-se como importante pontuar que, embora diante do elevado grau de analfabetismo, as participantes deste estudo, alfabetizadas funcionalmente, expressaram a vontade de assinar o TCLE e não colocar a digital. Tratou-se de uma percepção de si, e se sentirem empoderadas ao assinar o seu nome.

Em consideração à coabitação familiar das participantes, 4 (quatro) moram com o cônjuge, 1 (uma) mora com o cônjuge e neta, 1 (uma) mora com cônjuge e filho de criação, 1 (uma) mora sozinha em seu domicílio, mas convive com um dos filhos e netos no mesmo terreno, e 1 (uma) mora com neta e bisneto. O coabitar ou morar perto se reveste em uma estratégia de cuidado e fortalecimento de vínculos. Os vínculos são formados por meio de elos manifestados através de afeto, amor, respeito, admiração, a vontade de estarem juntos, que em conjunto transmitem uma sensação de bem-estar (RADOVANOVIC; CECILIO; MARCON, 2013). A família é o principal elo e vínculo de cuidado entre seus membros, assim, o apoio oferecido por cada um dos seus integrantes permite uma maior adaptabilidade às situações de saúde e de doença.

Quanto a hábitos como o relacionado ao tabagismo, destaca-se que, entre as participantes apenas 1 (uma) tem histórico de tabagismo, mas abandonou o vício há 16 (dezesesseis) anos. Em relação ao consumo de bebida alcoólica, 1 (uma) tem histórico de uso esporádico e 2 (duas) mantêm o uso de forma esporádica. É pertinente salientar que certos hábitos de vida são responsáveis pelo comprometimento da saúde ou mesmo pelo agravamento de algumas doenças. Segundo Roman e Siviero (2018), Melo et al. (2019) e Lobato et al. (2021), as DCNT como as cardiovasculares, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas, constituem a maior causa de morbimortalidade no mundo, contribuem para o aumento das estatísticas por mortes prematuras, bem como, impactam a qualidade de vida das pessoas, doenças que têm relação estreita a maus hábitos de vida como os supracitados, e também sedentarismo, alimentação não saudável e obesidade, entre outros.

No contexto brasileiro é desenvolvido um sistema de vigilância e monitoramento para as DCNT, e dos seus dados é possível conhecer o impacto destas doenças em registros epidemiológicos (BRASIL, 2011a, SILVA; SILVA, RODRIGUES; MIYAZAWA., 2015). Entretanto, é preciso ultrapassar os muros dos dados para efetivar as políticas de prevenção eficaz das DCNT, sendo necessário medidas de controle aos fatores de riscos, acesso a bens e serviços, equidade e integralidade em saúde e distribuição de renda justa ao alcance da dignidade de pessoa, como descrito na Constituição Federal. A seguir apresenta-se a sumarização das informações sociodemográficas das participantes da pesquisa na Tabela 1.

Tabela 1. Informação sociodemográfica das participantes. Jequié, BA, 2023.

Dados de Jequié – BA (n = 8)		Frequência
Estado Civil	Casada	6
	Viúva	2
Raça/Etnia	Preta/Negra	5
	Parda	3
Pertencimento étnico-racial	Preta/Negra	6
	Parda	2
Religião	Cristã/católica	7
	Cristã/protestante	1
Praticante na religião	Sim	8
Há quanto tempo pratica a religião?	Há mais de 30 anos	1
	Há mais de 20 anos	1
	Há mais de 10 anos	0
	Desde a infância	6
Profissão	Aposentada	8
Histórico de profissões	Costureira autônoma	2
	Costureira registrada	1
	Autônoma – doceira	1
	Merendeira	1
	Lavradora	1
	Professora do Ensino Fundamental	1
	Funcionária Pública	1
Renda individual	1 salário mínimo	6
	2 a 4 salários mínimos	2
Renda familiar	1 a 2 salários mínimos	6
	3 a 5 salários mínimos	1
	> De 6 salários mínimos	1
Nível de escolaridade	Alfabetizada sem escolarização	2
	Ensino fundamental incompleto	4
	Ensino médio completo	1
	Ensino superior incompleto	1

(Cont.)

(Cont. Tabela 1)

Dados de Jequié – BA (n = 8)		Frequência
Coabitação domiciliar	Mora com cônjuge	4
	Mora com cônjuge e neta	1
	Mora com cônjuge e filho	1
	Mora sozinha	1
	Mora com neta e bisneto	1
Uso de tabaco	Sem histórico de tabagismo	7
	Histórico de tabagismo com abandono à 16 anos	1
Uso de bebida alcoólica	Sem histórico de etilismo	5
	Histórico de etilismo esporádico	1
	Mantém uso de forma esporádica	2

Fonte: elaboração própria das pesquisadoras (2023).

No que se refere às condições de saúde das participantes, todas possuem DCNT, sendo que 4 (quatro) tem HAS e DM2 associadas e ainda outras comorbidades, e 4 (quatro) tem HAS e outras DCNT que seguem listadas na Tabela 2. Todas fazem uso de tratamento com medicações alopáticas. Quanto às complicações e limitações associadas às doenças, 6 (seis) responderam que não possuem e 2 (duas) responderam que sim e destacaram as seguintes: restrição alimentar, falta de equilíbrio do corpo no lado esquerdo devido artrose, neuropatia diabética e dificuldade para caminhar.

Tabela 2. Apresentação dos dados de saúde das participantes. Jequié, BA, 2023.

Dados de Jequié – BA (n = 8)		Frequência
DCNT	(HAS) e (DM2) associadas e outras comorbidades	4
	(HAS) e outras DCNT	4
Tratamento para DCNT	Tratamento com medicações alopáticas	8

(Cont.)

(Cont. Tabela 2)

Dados de Jequié – BA (n = 8)		Frequência
Medicamentos utilizados para HAS	Atenolol	2
	ASS	2
	Anlodipino	5
	Losartana	3
	Clortalidona	1
	Hidroclorotiazida	3
	Enalapril	2
	Hidapamida	1
	Espironolactona	2
	Indapen	1
Succinato de metoprodol + Olmesartana medoxomila + Hidroclorotiazida	1	
Medicamentos utilizados para DM2	Azukon MR Gliclazida	1
	Alogliptina + cloridrato de Metformina	1
	Metformina	1
	Insulina NPH	2
	Glifage	1
	Glimepirida	1

Fonte: elaboração própria das pesquisadoras (2023).

5.3 AS DIMENSÕES DO VIVER ENVELHECER DA MULHER NEGRO-PARDA EM ENFRENTAMENTO POR DCNT: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Discorrer sobre as dimensões do viver da mulher negro-parda a fase da vida envelhecete evidenciou uma das atividades humanas mais sutil diante das nuances que transversaliza o ser-existir da mulher em sua historicidade de vida, de enfrentamentos diversos como preconceito e discriminação, sexismo, classismo, analfabetismo, abuso de poder marital e por uma sociedade assentada no modelo patriarcal. Não por todos esses enfrentamentos as mulheres deste estudo se deixaram sucumbir, os seus corpos negro-pardos comunicam a força de sua ancestralidade em resistência e resiliência.

Mulheres, mente e corpos negro-pardos que reverberam sabedoria e alcançam a fase do envelhecimento humano com tenacidade diante do viver cotidiano em enfrentamento com

DCNT e com as vicissitudes de acesso a um sistema de saúde que se evidenciou como de vínculos distantes, pois pouco resolutivo às suas demandas de desvio de saúde. Também a um sistema social que invisibiliza o potencial feminino e a mulher idosa.

Transitar pelas sinuosidades descritas nas narrativas das participantes deste estudo se revelou como o colher de um dos mais belos registros de memórias – as narrativas destas mulheres idosas negro-pardas reluzindo em sabedoria sua vivência e estratégias adaptativas de modo a seu compartilhamento social político.

Neste percurso se interseccionam as categorias que emergiram das narrativas, ao fazer-se se expandem e ao se expandir revelam em generosidade sua imponência.

A *Categoria 1* “Ser mulher, vicissitudes diante da cultura patriarcal: história de vidas” discorre sobre o ser mulher esposa, mãe, dona de casa, a realização do ser mulher/mãe por meio da gestação, ser mulher em sofrimento e padecimento pela ausência da figura paterna, a mulher como auxiliadora nos provimentos do lar mesmo em dissonância com a figura marital e as dificuldades do viver cotidiano do ser mulher; a *Categoria 2* “ O envelhecimento feminino e suas vicissitudes diante da etnia/raça e concepções do etarismo” narra os fatos do viver da mulher em enfrentamento com a DCNT do diagnóstico aos desafios de acesso ao sistema público de saúde e de como são atravessadas pelas comorbidades que em somatório a doença de base impactam em suas atividades diárias nos quefazeres cotidiano e no ser mulher negro-parda e a *Categoria 3* “O processo de viver da mulher negro-parda em tessitura com a resiliência” expõe as potencialidades da mulher na fase do envelhecimento humano diante das vicissitudes ao longo de sua vida em que se considera pessoa forte e guerreira, tendo na espiritualidade/religiosidade o suporte para os enfrentamentos às adversidades vivenciadas, sendo a resiliência uma adaptabilidade e resistência ao gerenciamento dos cuidados à saúde e no convívio com as DCNT.

5.3.1 Categoria 1 - Ser mulher, vicissitudes diante da cultura patriarcal: história de vidas

Esta categoria como enunciada no parágrafo precedente retrata os desafios do viver da mulher em uma sociedade de visão sexista e os seus desdobramentos se fez por meio de duas subcategorias, intituladas: *Percepções do ser mulher: um atravessamento identitário assentado no patriarcalismo* e *Sentimentos do ser mulher no viver cotidiano*.

Subcategoria 1: Percepções do ser mulher: um atravessamento identitário assentado no patriarcalismo.

Inicialmente o termo patriarcado era definido literalmente como sendo o ‘governo do pai ou ‘poder do pai’, portanto, o homem era considerado o chefe da família e assim, referia-se a um sistema de dominação masculina sobre as mulheres, exclusivamente restrito ao ambiente doméstico. Com a chega da modernidade no início do século XX, o uso e significado do termo foi ampliado deixando de ter uma conotação paternal baseada no parentesco e no poder do pai, passando a configurar-se como uma dominação presente na dinâmica das relações sociais, econômica, política e cultural, que se reverbera no inconsciente de homens e mulheres como seres unipessoais, coletivos e sociais (MORGANTE; NADER, 2014; GATTIBONI, 2021).

Deste modo, o patriarcado moderno não pode ser relativo apenas à sujeição da mulher no âmbito familiar, ele está situado e estruturado historicamente em toda a sociedade, se constituindo a partir da relação complexa e intrínseca com o capitalismo, permitindo aos homens uma apropriação sobre os corpos das mulheres (GATTIBONI, 2021).

Assim, percebe-se que o patriarcalismo moderno está assentado na diferença de papéis entre os gêneros masculino e feminino determinado pelas diferenças biológicas, o que incide na mulher a responsabilidade sobre a maternidade, cooperando na construção de um ser para o outro e para o cuidado do outro, conferindo a seus corpos características como; “(...) corpos frágeis, corpos objetificados, corpos desenhados um para o outro” (GATTIBONI, 2021, p. 149).

Neste entendimento, a mulher é ensinada para ter alguém, e assim seu tempo é sempre fragmentado e interrompido para o servir ao outro, exemplificado no cuidado aos filhos, ao esposo e as tarefas domésticas, e desta forma a mulher é subordinada a se manter presa ao seu território, enquanto o homem se mantém desvinculado desse território.

Desta forma, a ideologia naturalizada pelo patriarcado também é perpassada pelas mulheres, na significância de que nem sempre o entendimento do ser mulher está associado à consciência do que é ser mulher.

No entanto, neste estudo, em um primeiro momento, as mulheres descrevem o ser mulher associado a algo muito bom, prazeroso e gratificante, relacionado principalmente a convivência conjugal, a gestação e criação dos filhos, sendo deste modo, uma reprodução do imaginário fundamentado em moldes sociais que foram se constituindo na história e na

cultura patriarcal ao longo do tempo e que as mulheres deste estudo se veem, no que foi atribuído às mulheres enquanto padrões, funções e representações perpassadas de geração em geração relacionalmente pelo seio familiar, colocando-as em lugar de subalternidade e servidão, conforme se observa nas narrativas:

(...) eu me sinto bem em ser mulher, entendeu? Pelas coisas que eu faço. O dia a dia, cuidar de filho, de marido. É, excelente. (Violeta)

Ser mulher é muito bom, muito gratificante, né? Principalmente quando a gente começa a sua vida, né? De solteira pra casada, né? Então, eu sempre me considero, eu sou uma mulher feliz. E gosto muito de ser essa pessoa que eu sou, né? Me identifico muito comigo mesma. Eu acho que é muito bom ser. Eu acho, muito bom mesmo. (Crisântemo)

(...) ser mulher é muito bom e importante. Eu acho que a coisa boa de ser mulher pra mim foi a gestão dos filhos. Eu acho isso, pra mim, desde o meu primeiro filho, eu achava assim, meu Deus, ter um filho é uma coisa tão importante, né? Quando nasce, parece que a gente muda, não é? Então, eu acho só a gestação me fez muito diferente. Maravilhoso. (Família)

Contudo, essa percepção do ser mulher encontrou resistência para uma das participantes do estudo, que enunciou o sofrimento de gênero ainda na casa dos pais e ao buscar liberdade por meio do casamento se deparou com um esposo que replicava os modos de viver do patriarcalismo. Assim enunciou:

Mas foi muito sofrido, foi muito sofrido a minha vida no início, no casamento, no início. Desde a vida com meus pais, porque mulher naquela época [pausou a voz]. Filha só saía com pai e mãe, né? Eu fui criada nessa época, filha só saía com pai e mãe. Aí casei pra ter liberdade. Foi difícil o casamento no começo, foi difícil. Eu vim conquistar a liberdade agora, já depois dos 60 praticamente. Foi muito difícil (...), minha vida foi muito difícil. (Rosa Menina)

Do enunciado, destaca-se que o poder patriarcal é caracterizado como o poder que os homens exercem para dominar as mulheres, e este, é personificado através do sexismo, racismo e classismo, pois é inerente a todas as classes sociais e a etnia/raça a qual a mulher está inserida na sociedade. Deste modo, considerando a etnia/raça negro-parda das idosas deste estudo, e o contexto histórico de colonialismo e escravidão ocorrido no Brasil, pontua-se que a estrutura social patriarcal potencializou os homens como superiores as mulheres, e desta forma, perpetua-se a desvalorização da natureza feminina, tornando-a submissa aos ditames da sociedade patriarcal ainda em pleno século XXI.

Outro aspecto relatado pelas idosas quanto ao ser mulher atrelado ao patriarcalismo, se assenta no princípio de gênero em que o homem deva ser o principal provedor do lar, legando a este, toda a manutenção econômica e financeira da família, relegando a mulher um papel de dona de casa nos cuidados domésticos com os filhos e o marido. Sobre isto, destaca-se que esta é uma herança imposta e transmitida às mulheres pelos genitores no seio familiar.

Deste modo, diante às dificuldades econômicas de subsistência enfrentadas pela mulher na manutenção e educação dos filhos no ambiente relacional familiar, foi necessário a elas transpor a barreira do patriarcalismo, posicionando-se para uma mudança do papel de gênero com vistas à contribuição e manutenção da família, mesmo sobre os olhares de rejeição e discriminação do próprio cônjuge, de familiares e da sociedade. Esse fenômeno de mudança, é percebido no frequente crescimento da presença feminina no campo de trabalho formal, conforme o conjunto de narrativas a seguir:

Ser mulher [pausou a voz]. Eu sou do jeito do antigo, né? Ser mulher é [pausou a voz]. Desde quando eu casei, ser mulher é assim. Casar, cuidar de marido, cuidar de filhos. Só que hoje mudou, né? Por um certo tempo eu tive que trabalhar, trabalhar os filhos ainda pequenos. Mas eu fui obrigada a trabalhar por causa da dificuldade da vida, né? Aí aquilo que uma mulher é só pra cuidar de marido e de filho foi ficando pra trás um pouco, né? É assim. Hoje em dia a mulher tem liberdade, é livre, faz o que ela quer. Eu penso assim. Mulher hoje tem toda a liberdade. Eu acho muito legal, muito bom. Mulher tem os direitos que ela tem, né? Mulher tem direitos, antigamente não tinha. Mas hoje tá bem diferente, a mulher conquistou seu espaço. Isso foi muito importante, muito bom para as mulheres, né? Elas eram muito humilhadas, muito humilhadas pelos maridos. Sei lá, acho que é isso, né? Eu tive muita dificuldade enquanto mulher. Muitas, muitas, muitas dificuldades. E até hoje, às vezes, eu ainda fico pensando. Porque as pessoas falam, mas foi passado. Mas, na mentira a gente não sai, né? Tudo que a gente passou não sai. Hoje eu me sinto uma mulher livre, mesmo com a idade que eu tenho. Eu me sinto livre, uma mulher livre que o que não aconteceu quando eu era mais jovem, quando eu tinha meus filhos. (Rosa Menina)

É, a dificuldade é que eu acho que toda mulher, quando tem seu marido e vê os filhos, aí a gente começa a ter dificuldade assim em algumas coisas, né? Porque a gente precisa trabalhar pra ajudar, não é? E eu trabalhava fora, na cidade de Lafaiete Coutinho [professora]. Não tinha transporte na época, o transporte saía daqui quatro horas [tarde] e voltava de lá sete da manhã. Então, eu teria que ir a semana inteira, eu ficava lá direto, entendeu? Saía, às vezes, domingo de tarde, porque segunda o horário da aula era de manhã e não tinha carro. Eu tinha que ir domingo de tarde. Eu tinha uma sacola que se soltasse ela aqui, ela ia parar em Lafaiete. Porque toda semana era essa a vida. E pra voltarmos também era bem diferente, porque às vezes tinha um carro de um fazendeiro que poderia nos trazer, às vezes não tinha, aí tinha que dormir e esperar o ônibus de manhã do outro dia. Então, teve essas dificuldades, né? Que surgem, mas são coisas que a gente aprende a conviver. Porque necessita, né? (Família)

Estas narrativas, encontram eco nas demais participantes deste estudo e exemplificam as necessidades cotidianas das mulheres, em destaque de estratos sociais mais baixos, relacionadas a sua inserção no mercado de trabalho fora do domicílio de modo ao apoio e suporte financeiro às demandas de subsistência da família. Mas também, pode estar associada a uma conquista pessoal e profissional como resposta à visão patriarcal, a exemplo da participante *Família* que se diplomou professora, exerceu a profissão e contribuiu no orçamento familiar.

Importante se faz destacar a narrativa da participante *Passeio*, que associa o ser mulher a sua história de vida como sofrimento e padecimento, pelo fato de ter sido criada sem o pai, levando-a a experimentar o trabalho pesado em fazendas como lavradora desde a tenra infância ao lado de sua mãe, como forma de sobrevivência e sustento, o que contribuiu para uma infância permeada por dificuldades diversas, entre elas o acesso à escola. Mas, mesmo diante dos desafios e vicissitudes impostas ao longo da sua trajetória de vida, *Passeio* relata que se sente uma mulher feliz e alegre por ter contribuído no auxílio a outras pessoas e alcançado a fase de envelhecimento:

Olha, a minha vida, eu queria dizer porque sou mulher, o que é que a mulher sofre, que padece sendo mulher, é que eu fui uma pessoa sofredora, que eu fui criada sem pai, e aí, assim que eu fiz seis anos de idade, eu fui trabalhar na roça dos outros, mas eu trabalhei na roça até o tempo que eu fiquei com 23 anos, foi trabalhando na roça. Nunca fui na escola, nunca estudei, nunca aprendi nada, mas o que eu sei, no meu capricho eu aprendi, que é fazer o que eu preciso, quer dizer, as vezes botar o meu nome no lugar, escrever o meu nome, ler alguma coisa que eu entendo, aí também aprendi a fazer o nome no chão, foi. Não tinha nada como até hoje, eu nunca tenho, tem uma graça de Deus, mas graças a Deus eu nunca me perdi, nunca passei fome, mas eu sempre fui naquela batalha, e lutando, lutando pra sobreviver. Arrumei um, como é que diz, um companheiro, companheiro não teve, não tinha também nada (...). (...) Mas eu tenho uma alegria de ser uma mulher, porque Deus me deu força pra trabalhar (...). (...) E aí eu sou feliz em ser uma mulher, de já ter 79 anos, eu acho que eu sou feliz, já ajudei muito, eu criei seis filhos dos outros, e esses filhos que eu criei, e tem a metade que vive tudo pelo mundo, a metade morreu, mas tudo depois de criado, mas eu sou feliz, eu acho que eu sou feliz, eu nunca digo que eu tenho uma vida triste, porque eu não tenho, a vida triste é daquele que passa fome, que não pode fazer nada, mas a vida que eu tenho sempre é uma vida que eu sou feliz, que eu acho (...). (...) Mas eu tô feliz, porque eu tô viva, na graça de Deus. (Passeio)

Ampliando as percepções do ser mulher deste estudo a subcategoria subsequente atraiu para sua área de abrangência os sentimentos narrados pelas participantes.

Subcategoria 2: Sentimentos do ser mulher no viver cotidiano

Nesta subcategoria os sentimentos destas mulheres oriundos do seu viver cotidiano são transversalizados por suas histórias de vida.

Histórias que são subjugadas pelo poder estruturante do patriarcado, poder este, que naturaliza o direito dos homens sobre os corpos das mulheres negro-pardas, cerceando a elas direitos básicos, como inserção no mercado de trabalho, a educação, a oportunidades iguais em razão do sexo, a igualdade social e econômica, a garantia de paridade entre mulher e homem nos espaços público e privado, entre outros.

Disto, se entende a necessidade de uma transformação social como ponte à dignidade da mulher negro-parda, conforme destacado na narrativa a seguir:

(...) Como mulher, eu me sinto bem. Graças a Deus que eu não tenho o que dizer sobre mulher assim, né? (...) Eu sou feliz de ser mulher, graças a Deus. Eu enfrentei muita coisa e sofri muito, trabalhei muito. Já morei em roça, já trabalhei em roça. Já trabalhei em casa de farinha, fazendo farinha e quebrando cacau. Já trabalhei muito lavando a roupa dos outros de ganho. Já trabalhei, assim, vendendo confecção. Então eu ia pra Tobias Barreto, Caruaru, comprar roupa. E pegava as feiras pra vender a roupa. E depois disso, eu fiz o concurso na Prefeitura, de merendeira. Ai eu passei. Trabalhei nove anos. Pegava muito peso, fazia aqueles caldeirão de merenda. E limpava a sala, banheiro. Fazia muita coisa nos prédios. Trabalhei nove anos. (...) Eu inteirei 60 anos. (...) Ai eu aposentei com 60 anos. Cuidei do meu pai, trabalhando. Cuidei da minha mãe, eu ia no trabalho. E tinha vez que voltava pra eu ir em casa ver. Criei 11 filhos, 4 filhos dos outros. Dois netos e duas que não eram nada minha. É. Teve muita coisa. (Jiló)

A participante *Jiló* expõe sobre questões relacionadas a estrutura social patriarcal vigente na modernidade, sendo que esta, perpetua-se historicamente a partir da sociedade escravocrata que desvalorizou a natureza feminina através da institucionalização de práticas opressivas, na constituição do mito de que as mulheres negro-pardas são criaturas sub-humanas masculinizadas, já que elas eram capazes de realizar o trabalho “ másculo ” nas tarefas destinadas aos homens escravos na lavoura, e assim, capazes de suportar dor, privações e adversidades, além de realizar as tarefas chamadas “ femininas ” de cuidar da casa, cozinhar e criar os filhos. Desta forma, a superioridade do homem sobre a mulher era frequente entre o homem branco colonizador/dominador, mas também era atribuída ao homem escravizado que possuía um estatuto mais alto que a mulher escravizada, que segundo hooks (2014),

(...) a diferenciação baseada no sexo nos papéis no trabalho atribuídas pelos donos brancos refletiam o preconceito em relação ao homem (ou seja, às mulheres negras exigia-se que desempenhassem tarefas “ masculinas ”, mas aos homens negros não

se exigia que desempenhassem tarefas “femininas” – as mulheres trabalhavam no campo, mas os homens não cuidavam das crianças) (HOOKS, 2014, p. 64).

Outro aspecto destacado na fala de *Jiló*, se refere à discriminação pelo sexismo e classismo, em que é perceptível que a mulher negro-parda, exerce funções subalternas, associadas a exploração, precarização e opressão, sendo estas associadas ao racismo estrutural presente em nossa sociedade na contemporaneidade, mas que se manifesta no imaginário do povo brasileiro desde a abolição da escravatura. Por seu turno, mas narrativas das mulheres deste estudo o trabalho encontra ressonância ao descrito por hooks (2014), haja visto que exercem multifunções, das ditas para mulher e para homens.

Ainda se destaca a criação dos filhos como de responsabilidade interina da mulher. Este aspecto também está envolto no modelo social patriarcal, cabendo ao gênero feminino o papel idealizado de ser mãe, esposa e cuidar dos afazeres domésticos, sendo este reforçado em seu imaginário, privilegiando a função materna e o trabalho doméstico como inerentes à natureza da mulher.

- *A casa, o reflexo de como se sente nos quefazeres diários*

À mulher são imputados os afazeres domésticos como imagem naturalizada ao seu eu interior desde o nascimento, e este retratado na figura da mãe-mulher-cuidadora. Desta forma, a transmissão de mãe para filha vai se desenvolvendo desde os primeiros anos de vida e moldando-se na constituição física-psíquica-social da menina mulher.

Assim, o encontro entre o que é apreendido e transmitido na infância a essa mulher em ‘miniatura’ é aflorado nas fases seguintes do seu crescimento e desenvolvimento humano, de forma que, quando a mulher assume responsabilidades a partir da formação da sua própria família, em que o contexto compartilhado em histórias de vida coaduna com o modelo idealizado e estruturado pelo patriarcado, perpetua-se a opressão machista sexista sobre seus corpos, sendo destacado:

Eu me sinto bem, porque é onde eu tenho minha melhora., graças a Deus, nas atividades que eu faço. Eu faço tudo. Eu limpo casa, eu lavo o prato, eu faço as coisas que tem de fazer, lavo roupa, graças a Deus. Tem dia, quando eu amanheço sentindo alguma coisa, [refere-se a dor] eu não faço, mas quando eu não amanheço sentindo, eu faço tudo. (Jiló)

(...) Eu me canso um pouco sabe? Porque minha casa é grande, quando tava todo mundo, mais agora é eu sozinha, o marido fica na roça. Então eu faço devagar. Às vezes eu varo a casa toda, mais como eu fico sozinha quase não suja, (...), eu tiro

poeira, torno varrer de novo, aí eu descanso, aí eu sento, tomo uma aguinha, deito um pouquinho, aí quando eu relaxo um pouco, eu volto passo pano nela toda, aí ela fica limpinha, aí eu volto pra cozinha, (...) vou limpar a cozinha, lavar os pratos, enxugar, guardar, aí eu passo pra área no fundo, alimpo toda a área, lavo, enxugo, aí por último é pia de roupa, (...), as vezes eu bato no tanquinho, aí eu vou torcer, estender e pronto. Meu dia a dia é esse. (...) domingo eu passo só uma vassourinha e tiro aquela poeirinha. (Violeta)

(...) eu faço minhas coisas. Agora, cansaço eu sinto, viu? Eu vou quando eu termino de noite, o sangue esfria que eu sinto cansaço, porque eu vou te dizer, eu, às vezes, meu filho cansa de me reclamar, eu não sei o que você está dizendo, eu tenho que morrer assim! (...), é trabalhando, é varrendo. Canso de dizer para ele, eu tenho que morrer assim, é trabalhando, eu limpo aí, a frente, levanto cedo. Quando dá quatro horas, eu tenho essa neta aí que dorme comigo aqui, me faz companhia, eu acordo quatro horas, aí eu fico na cama. Aí eu faço um exercícozinho que as meninas[do NIEFAM] ensina, aí fico ali esperando dá cinco horas para eu levantar, aí quando dá cinco horas, cinco e meia eu levanto, escovo os dentes, lavo o rosto, vou ao banheiro, passo o café, dou de mão na vassoura, varro logo lá fora, varro aqui dentro, varro aqui fundo da casa, o quintal é grande, varro tudo, junto o lixo, pego um saco, aí meu filho, não quer que bote (...), mãe, o carro passa aqui na porta. Mas eu não deixo aqui na porta, manda pendurar aí embaixo da porta. Eu pego o saco de lixo, vou botar lá embaixo onde estava, boto o negócio lá, que todo mundo bota lixo, boto lá. E a hora que sujar, eu estou varrendo. Eu falo, é, meu Deus, eu não tenho preguiça de nada, não. E quanto mais eu faço de coisa, eu ouço. Agora, quando é de noite, o sangue esfria aí o corpo está cansado, né? É que eu sinto aquele cansaço. Mas, leva a vida, não digo não. Cada dia faço um pouquinho. Oxente, tem a máquina de roupa. Quem te diz que eu lavo a minha roupa? Boto na lavanderia, troco sabão em pó, boto ali dentro, esfrego. Tiro o sujo, joga pra outra. E não junto roupa, não. Lavo a minha roupa. Meu filho, às vezes, fala à mãe, tem a máquina. (...). Sou teimosa. Meu filho, quando ele começa, mãe, para. Eu quero morrer. Eu, deixa eu morrer assim, é trabalhado, é barreiro. Eu não tenho preguiça pra nada. Eu não. Nunca fui preguiçosa. Eu não. Toda vida eu fiz minhas coisas, toda vida eu gostei de fazer minhas coisas, bordar na mão, aplicar. Hoje é que eu não faço isso pelo dedo. Às vezes, tem uma coisa que cai no chão e eu fico babatando pra pegar. (Rosa Príncipe Negra)

As mulheres após a aposentadoria se veem a realizar trabalhos domésticos com pouca ou nenhuma redução de carga em peso no seu cotidiano, por vezes, a estes afazeres conferem suas características em manter certo nível de saúde. Tratam-se de sentimentos que enovelam suas trajetórias de vida oriundos de um modelo identitário de natureza feminina, que permanecem ativos no seu dia a dia, entretanto, de forma mais limitada em alguns casos, devido aos enfrentamentos por DCNT como HAS, DM2 e outras comorbidades associadas, dificultando o desempenho no que consideram como obrigação, o cuidado da casa.

Neste particular, destaca-se uma das participantes do estudo que tem HAS, DM2 e comprometimento por neuropatia diabética periférica, uma das complicações sintomáticas mais frequentes entre as pessoas com DM2 e uma das principais causas de amputações. Esta complicação afeta as fibras sensíveis motoras e autonômicas do sistema nervoso periférico, se manifestando de forma distal nas extremidades dos membros inferiores (pés)

(BOTERO-RODRÍGUEZ et al., 2021), no caso específico da participante a neuropatia desencadeou falta de equilíbrio motora, deambulação, dificultando a realização de atividades motoras finas e grossas no cotidiano doméstico e no autocuidado, levando a necessidade de auxílio por parte de um familiar cuidador, sendo neste caso o seu esposo, além do uso constante de muletas para sua locomoção, conforme se observa na narrativa:

Ultimamente, muito mal. Porque eu sempre cozinhei, eu sempre lavei minha roupa, mesmo na máquina, mas eu tava ali presente. Eu fazia minhas coisas, arrumava um guarda-roupa. Ultimamente, eu não tenho esse equilíbrio mais pra ficar na cozinha muito tempo. Eu vou colocar um feijão, eu fico sentada e o B [nome do esposo] vai pegando as coisas, lavando, botando fogo pra mim. Fico só coordenando. Mas como eu fazia [pausou a voz]. Ah, eu levantava muito cedo, cinco da manhã. Quando eu saía pra escola, já estava tudo arrumadinho. Eu tinha um turnão, eu trabalhava no turnão. Teve uma época que o meu colégio ficou de sete a uma e meia da tarde. Era turnão, a gente pegava direto. Então, isso aí me fazia eu preparar tudo pra deixar já arrumado pra eles. Então, hoje eu já não tenho mais essa condição. Aí, às vezes, eu fico dependendo de B [nome do esposo]. Tudo ele vai fazendo comigo, mas não faço mais nada assim, não. Ultimamente, não. (Família)

As DCNT impactam a percepção de se sentir ativa e produtiva da mulher idosa promovendo em muitas das vezes a necessidade de apoio aos quefazeres da casa e para o autocuidado. A participante *Família* encontrou na pessoa do seu esposo este suporte, entretanto, se depreende da narrativa o desejo de autonomia, o que já não será mais uma realidade diante do agravamento das condições crônicas. Este contexto vivencial tem estreita relação a compreensão de etarismo, temática que se amplia na categoria seguinte.

5.3.2 Categoria 2 - O envelhecimento feminino e suas vicissitudes diante da etnia/raça e concepções do etarismo

O envelhecimento humano da mulher idosa negro-parda é fato, e se destaca como feminização da velhice, tendo em vista dados demográficos e epidemiológicos.

Neste cenário, representam o grupo populacional que passa por diversos enfrentamentos, a exemplo do etarismo, e também por DCNT. Trata-se de um seguimento humano que no seu contexto de viver passa por vicissitudes das mais diversas, com opressão aos seus corpos negro-pardos ao longo das fases do ciclo de sua vida.

O envelhecimento, nomeadamente nas mulheres, está envolto por uma complexidade de fatores nos níveis biológico, psicológico, social, cultural entre outros. Fatores que têm relação direta ao seu estado de saúde-doença, configurando-se em alterações funcionais e nos sistemas orgânicos, se constituindo em grandes desafios para a mulher idosa na sociedade.

No entanto, o predomínio de mulheres na pirâmide demográfica não significa um viver com qualidade de saúde e vida, mas de pessoas que com plasticidade, ou seja, resiliência conseguiram enfrentar com positividade as vicissitudes ao longo da vida, uma vez que muitas foram e são as desvantagens de gênero, das mais variadas, em relação aos homens, como o racismo, sexismo, classismo, viuvez, solidão, dupla jornada de trabalho, dentre outras, gerando maior dependência de recursos internos e externos.

Disto, o envelhecer do corpo físico associado ao enfrentamento por DCNT e outras comorbidades, se expressa em dor diante da somatória das dificuldades percorridas nas fases anteriores do processo de viver da mulher negro-parda, o que se desenvolve em ampliação na subcategoria a seguir.

Subcategoria 1: Envelhecer com o corpo “dizendo” em dor a somatória do fardo de trabalho nas fases anteriores do processo de viver

Este envelhecer em dor soma-se a todo um contexto de vida, marcado por labutas e trabalhos penosos do viver cotidiano das mulheres deste estudo, que associado ao processo de envelhecimento natural próprio do corpo físico em conjunto com as alterações patológicas adquiridas, se manifestam em sentimento de impotência e aceitação da realidade vivenciada.

Nessa fase de envelhecimento, eu vou te dizer. (...) Porque eu fiz 80 anos. (...). Aparece tanta coisa no osso. É bursite. Esse daqui [braço esquerdo] eu ainda faço movimento, porque eu faço movimento lá e aqui sempre, de manhã, quando eu acordo, eu levanto, eu faço exercício. Mas esse daqui [braço direito] daqui não sai. Me dói muito. Ser mulher nessa fase de envelhecimento tá pior do que na fase mais jovem. É, porque eu nunca tive preguiça, eu trabalhava, eu fazia minhas coisas, eu trabalhei muito. (...) Eu fazia tudo, eu cozinhava. Fazia tudo, eu não tinha preguiça não. E você vê, do jeito que eu tô dessa idade, eu não tenho preguiça nenhuma. Eu não. Costurava, eu aprendi arte culinária, eu aprendi bordar. Agora eu não faço hoje, (...). Mas trabalhei muito. (...) Toda a vida eu gostei de trabalhar e fazer minhas coisas, toda a vida mesmo, toda a vida. Hoje eu não estou podendo fazer isso. (Rosa Príncipe Negra)

O meu futuro? O futuro é que a gente, às vezes, é bem incerto, né? É assim, a gente, por causa da saúde, né? É assim que a gente pensa. Mas, mesmo assim, eu acho que não tenho muito medo, não. Não tenho medo, não, porque eu sei que vai vir. O que tiver que vir, vai vir, não é? A gente não vai poder fugir do que é, não é? Dessas doenças, desses problemas. Só que, assim, eu não tenho medo porque eu, graças a Deus, tenho minha casa, tenho meu emprego, que pouco ou muito eu recebo todo mês. Não compro nada que eu não possa. Nunca comprei, nunca botei minha mão adiante do que eu podia. Nós nunca fizemos isso. Então, estou aí esperando o que Deus permitir. Só digo ao meu marido assim, eu quero assim. Eu já não tenho mãe nem pai. E ele hoje é quem me ajuda em tudo. Então, eu falo. Eu peço sempre a Deus isso. Eu só não quero que tu morra antes de mim. Mas, tudo bem. (Família)

Eu tenho dificuldade. Eu sinto dificuldade porque não há coisa melhor do que a saúde, né? Quando a gente sente qualquer coisa, a gente já fica logo preocupado, sem saber o que é, sem saber o que toma. A gente vai no médico, toma o remédio, tem uma melhora, mas não fica boa. E assim a gente vai levando a vida, né? A gente sabe que pra ficar sã, sã, curado, não fica. O medicamento é só pra paliar, aliviar. (Uva Roxa)

Nestas narrativas observam-se as limitações provocadas pelo processo biológico/fisiológico do envelhecimento humano associado à presença do patológico, em destaque das DCNT, entre ela a HAS, DM2 e outras comorbidades associadas, demonstrando o envelhecer do corpo físico com dor, atrofia muscular, perda motora e doenças reumatológicas.

O avançar da idade se caracteriza pelo surgimento de novas doenças ou as já existentes injuriando, causando impacto nas distintas dimensões da qualidade de vida relacionadas à saúde da mulher, e estas envolvem outros fatores como ambientais e de bem-estar psicológico. Em somatório, repercutem na capacidade funcional das atividades da vida diária e no viver e envelhecer com enfrentamentos por DCNT.

Este contexto vivencial do corpo envelhecendo em dor se amplia ainda mais quando relacionado à naturalização do racismo, o que se evidencia na subcategoria seguinte.

Subcategoria 2: Ver-se como uma mulher negra com os enfrentamentos de uma cultura que naturaliza o racismo

A mulher idosa negro-parda constitui um contingente invisibilizado e marcado por estereótipos que a segrega, produto de uma sociedade patriarcal hierarquizada pelo social e fundamentada pelo racismo e etarismo.

Entretanto, a compreensão do envelhecimento da mulher negro-parda se mostra necessário, em destaque pela desigualdade de gênero, raça e classe na intersecção da dinâmica que se naturaliza pela opressão imposta pela sociedade capitalista e patriarcal, que se organizou economicamente por meio da escravização dos corpos negros-pardo.

Deste modo, o racismo está incutido na sociedade e constituído no campo das relações sociais. Portanto, ele pode ser de origem socioeconômica ou de classe social, de sexo, de gênero, de etnia, de idade dentre outros (RABELO et al, 2018; CASTILHO; NUNES, 2021).

O resultado disto é o desrespeito que expõe a mulher idosa negro-parda a condições de vulnerabilidade social e discriminação que afetam a saúde física, psicológica e a integridade

individual. A narrativa de *Violeta* expõe este viver que faz eco em outras narrativas de participantes deste estudo:

Eu adoro minha cor, gosto demais, entendeu? Você ver que às vezes não é falando do branco entendeu? Mas a gente morena tem mais uma, aquela sabe segurança, mesmo que a gente tá ali em cima de uma cama, mais aquela pessoa morena só para derrubar ela ali só se for uma doença muito, sabe, (...) não é falando mal do branco, mais o branco às vezes quando adocece, qualquer doencinha já tá em cima da cama morrendo oi-oi, oi-oi, sabe, e a pessoa negra não, tá firme. Porque é quando eu tive esse problema [Diabetes mellitus tipo 2] (...) fui fazer exame e a médica falou pra mim assim: quem é que tá doente? Eu falei sou eu doutor, não? Você não tem cara de tá doente não, porque você tá firme. Graças a Deus, mais tá aqui os papel, entendeu? Pelo que eu passei era pra eu tá debaixo do chão, mas Deus é por mim e essa cor aqui, falei pra ele e ele riu, ele me pediu os parabéns e aí pronto. (Violeta)

Considerando o contexto da narrativa de *Violeta*, observa-se o quanto as desigualdades étnico-raciais estão presentes no povo brasileiro, e como esse processo foi internalizado e naturalizado também por pessoas negro-parda. O racismo não se reveste apenas na diferenciação da cor da pele negro/pardo/branca, ele ultrapassa a abrangência do significado de opressão.

O racismo está enraizado na cultura brasileira operando em uma cultura machista-sexista ao corpo da mulher negro-parda. A ela, foi nomeada a figura de mulata que se refere a ‘mula’ – animal que vem do cruzamento do cavalo com a jumenta ou do jumento com a égua, remetendo a uma imagem de sedução e sensualidade de forma a hipersexualizar a mulher, bem como, o uso do termo ‘mucama’ que se referia a escrava negra moça escolhida para auxiliar nos serviços domésticos. Sobre isto, Gonzalez (2020) considera que todos estes pejorativos a mulher negro-parda oculta algo para além do que pode ser visto, retratando uma violência simbólica sobre seus corpos.

A autora, comentando sobre os termos mulata e doméstica, ainda destaca: “É por aí, também, que se constata que os termos ‘mulata’ e ‘doméstica’ são atribuições de um mesmo sujeito. A nomeação vai depender da situação em que somos vista” (GONZALEZ, 2020, p. 80).

Ao discorrido, cabe ainda pontuar as narrativas das participantes *Crisântemo* e *Rosa Menina*:

Ser mulher negra. Eu me sinto. Quando eu falo isso para minha filha. Ela diz que não. Que eu tive algum problema. Ela acha que [pausou a voz]. Eu me senti por ser. Porque, meus irmãos, tudo é branco. E, eu sou dessa cor. Porque, minha mãe casou-se com uma pessoa branca. E, depois, ela se envolveu com o meu pai. Ah, já morreu. Então, só isso. Ser mulher negra. Aí, ela diz. Mãe, você não teve. Ela

acha que alguém me humilhou. Ou fez alguma coisa. Mas, como eu vou falar isso? Nunca aconteceu isso comigo. Nas escolas que eu estudava. Eu era bem aceita. Minhas professoras. Ninguém nunca fez diferença comigo. Por eu ser dessa cor. Então, eu não vou inventar uma coisa. Porque, não foi. Que, nada, você deve esta, alguém deve ter falado, porque dessa coisa que ela ver na televisão. (...). Nunca tive um [pausou a voz]. Alguém me frisou. Por eu ser dessa cor. Eu acho que é porque eu sempre [pausou a voz]. Fui espojada. Eu nunca tive vergonha da minha cor. Eu usava trança. Minha mãe, todos os dias. Eu não era uma negra. Quer dizer [pausou a voz]. Jogada fora. Uma negra tratada né, cabelos bem penteados. Minha mãe tinha uma bestagem. Então, quando eu chegava na sala de aula. Meus colegas todos gostavam de mim. Eu não vou dizer. Eu não sofri. Posso até sofrer alguém falar alguma coisa por trás de mim mais na frente. Eu nunca sofri esse bullying que alguém sofre por aí. (...). E era o cabelo. Porque, naquele tempo, era só trança. Minha mãe fazia tanta coisa de tutano. Botava no sereno. Batia bem para o cabelo ficar macio. Não era esse duro. Mas, ele era um pouco [pausou a voz]. Assim, que dava para trançar. (...). Minha vida foi assim. E aí? (Crisântemo)

Ser mulher negra, mas eu não tive problema, vejo hoje problema com os outros, mas comigo mesmo eu não tive problema por ser negra. Por quê? Eu sempre assumi a minha posição de negra. Sempre achei negra. Às vezes o povo fala, é parda, é morena. Não, pra mim é preto e branco. Eu sou negra. Se eu não fosse negra, eu era branca. Eu não sou branca, eu sou negra. Então, eu sempre assumi a minha posição de negra e ensinei pros meus filhos também. Então, essa parte aí eu posso dizer que eu não tive problema, não. Agora, vejo hoje muito preconceito, né? Muita coisa. Também acho que era conhecimento que eu não tinha, sabe E [nome da pesquisadora]? Não tinha conhecimento como a gente tem hoje. A gente vê na televisão, vê as coisas, né? Hoje em dia tá muito, mas eu não tive essa parte, não foi ruim pra mim, não. Não, (...), (...). Mesmo porque meus pais eram pessoas muito pobres. Então, a gente não frequentava lugares sociais, entendeu? Era roça, a escolinha ali, eu quase não estudei. Estudei muito pouco. Então, inclusive, eu ouvia muita palavra sobre a pobreza. Porque eu ouvia gente dizer assim, quando eu ia pra escola, às vezes não tinha alguma coisa pra levar um livro, alguma coisa. Ah, pobre não estuda. Quem estuda é filho de rico, filho de fazendeiro, estuda. Pra que pobre quer estudar? Pra que mulher quer estudar? Filha, mulher quer estudar pra fazer carta pra namorado? Não, não vai estudar. Então, eu ouvi muito que tive mais problema nessa parte do que na minha cor. Entendeu? Na posição social, né? Tive mais problema nessa parte do que na minha cor, porque eu tinha muita vontade de estudar. E não tive, não tive possibilidade, [pausou a voz]. Como é que diz? (...). Não, de jeito nenhum. Era isso. (...). (Rosa Menina)

Diante das falas de *Crisântemo* e *Rosa Menina*, depreende-se que existe um sentimento de pertencimento étnico-racial no ser mulher negro-parda, entretanto, a consciência do que elas enxergam como discriminação, preconceito e racismo este naturalizado em seu processo de viver a partir do que elas identificam como racismo.

Para *Crisântemo*, o racismo se configura como uma humilhação ou *bullying* voltado apenas para características biológicas e fenotípicas da etnia/raça negro-parda, como cor da pele e cabelo. Já *Rosa Menina*, relata não ter sofrido nenhum tipo de preconceito pela sua cor, considera apenas o relativo à posição social, se referindo a pobreza como o maior empecilho para o acesso aos estudos.

Segundo Gonzalez (2020, p.78),

A primeira coisa que a gente percebe nesse papo de racismo é que todo mundo acha que é natural. Que negro tem mais é que viver na miséria. Porquê? Ora, porque ele tem umas qualidades que não estão com nada; irresponsabilidade, incapacidade intelectual, criancice etc. e tal. (...) Mulher negra, naturalmente, é cozinheira, faxineira, servente, trocadora de ônibus ou prostituta. Basta a gente ler jornal, ouvir rádio e ver televisão. Eles não querem nada. Portanto têm mais é que ser favelados.

Considerando o disposto, é a sociedade quem determina e reproduz as posições e a forma de distribuição dos indivíduos na estrutura social, mantendo assim uma divisão hierárquica da vida social, enquadrando as pessoas de etnia/raça negro-parda, especialmente a mulher idosa, em condição de inferioridade e subalternidade em relação às pessoas brancas.

Assim, diante do contexto vivencial do racismo concebido pela sociedade, ampliar as concepções do viver da idosa negro-parda às vicissitudes das doenças que se manifestam no corpo físico e em consonância a um sistema discriminatório, a subcategoria 3 emergiu em tessitura a estas questões.

Subcategoria 3: Cingindo percepções do viver: do corpo que “fala em dor”, que se manifesta em doenças e ecoa no sistema discriminatório

O viver da mulher idosa negro-parda é circundado por uma trajetória de vida marcada por dificuldades, lutas, privações, preconceito étnico-racial, de gênero, de classe social, e ainda, em enfretamento por DCNT. Doenças de grande magnitude, que impactam consideravelmente o processo de viver dessa mulher em consonância com os fatores socioeconômicos, ambientais, familiares, culturais e do sistema público de saúde.

Aqui se pontua a HAS, DM2 e comorbidades associadas que impactam o viver das participantes deste estudo e contribuem para a desestruturação da sua qualidade de vida e saúde, apresentando-se nos subeixos 3.1, 3.2 e 3.3. Sua configuração é uma estratégia didática de apresentação dos resultados.

- *A doença e seu reflexo no processo de viver humano da mulher idosa negro-parda*

A presença das DCNT é desafiante para as mulheres, cursando com efeitos danosos e limitações que exigem estratégias ao melhor controle/monitoramento ao bem-estar físico, mental e social.

Muitas vezes é assim, (...), eu sinto a dormência nas mãos, nos pés, e esse negócio de estar diabético é assim, uma hora está alta, outra hora está baixa. A pressão, graças a Deus, está dando boa. É assim, eu vou levando a vida assim. Uma hora bem, outra hora não. Uma hora sinto uma coisa, outra hora sinto outra. (Jiló)

A doença afeta a minha vida sempre. A doença que eu tenho é sempre essa doença, que nunca sai, que é dos ossos. Essa doença que foi do olho, a erisipela, a doença da inchação das pernas. Trombose. Bico de papagaio, artrose, artrite. E que sempre me acompanha, melhora, piora, melhora, piora. É essas que me acompanham. Eu não tenho outra coisa. Até a rinite que eu sinto, ela melhora, que agora mesmo eu fiquei boa, não sinto nada da rinite. Mas, a tireoide está desse jeito, me atrapalhando. Afeta. Afeta a minha vida. Pressão alta. Diabetes. (Passeio)

Às vezes, assim, eu sinto, né? Que [pausou a voz]. Tá me prejudicando, eu sinto que eu tô prejudicada, né? Porque a gente não quer sentir nada. Mas todo mundo tem que sentir alguma coisa. Prejudicada quando eu tô fazendo as atividades dentro de casa, aí [pausou a voz]. Quando eu não aguento fazer as atividades, tudo ligeiro, tenho que fazer por etapa. (...). Eu não aguento fazer tudo de uma vez. Porque se eu fizer tudo em um dia, de noite é pronto socorro. Porque a pressão vai lá pra cima. (Uva Roxa)

Em presença das narrativas de *Jiló*, *Passeio* e *Uva Roxa*, mulheres com HAS, DM2 e outras comorbidades associadas evidencia-se a complexidade do viver envelhecer em enfrentamento por doenças crônicas, também o necessário controle e acompanhamento de modo a evitar o avultamento de complicações que alcancem órgãos alvos como o coração, cérebro e rins. Com isto, contribuir para evitar e/ou minimizar hospitalizações e mortalidade prematura. Trata-se de tomar caminhos à efetiva ação da promoção e prevenção à saúde descrita em órgãos oficiais ((BRASIL, 2011a; BRASIL, 2014; BRASIL, 2013a-2017; BRASIL, 2020), mas que ainda não está em equidade no cenário nacional, haja vista os dados estatísticos de DCNT no país.

As narrativas das mulheres vão ao encontro da aceção de que é preciso ouvir atentamente as pessoas para o desenho de políticas públicas, pois elas devem ser os principais agentes da sua história, e destas criar estratégias de alcance eficazes de modo a ser ela, a mulher, a personificar o seu corpo com autonomia, independência e qualidade de vida à dignidade humana.

Destacando-se que o contexto vivencial por DCNT impactou sobremaneira o viver da mulher idosa negro-parda, sobretudo ao se deparar com o diagnóstico médico da doença, temática a ser aborda no subeixo subsequente.

- *A descoberta do diagnóstico: percepções da mulher idosa negro-parda*

A descoberta de qualquer doença ou desvio de saúde na vida do ser humano, representa um momento de apreensão pelo desconhecido, e este, é caracterizado pela percepção do conhecimento fundamentado no senso comum a respeito das doenças, seu diagnóstico e tratamento. Deste modo, é imprescindível que o profissional de saúde responsável pelo diagnóstico e tratamento do desvio de saúde identificado, forneça apoio e orientação indispensáveis ao momento vivenciado pela pessoa.

Assim, apresentamos por meio das narrativas abaixo como foi a descoberta do diagnóstico da doença na percepção das idosas negro-parda:

Essa descoberta, eu estava nova ainda, nem sei quantos anos tinha. Aí eu vim aqui, em Jequié, que eu morava em Jitaúna. Aí eu vim aqui fazer o exame, quando chegou aqui o médico descobriu que eu tinha diabetes. (...). Aí quando ele falou, eu chorei, já chorei, porque cheguei em casa chorando por causa que ele falou que eu tinha essa diabetes. Aí ele passou os remédios, eu tomei, (...). Mas, diz eles que porque na minha família eu não tinha negócio de diabetes, só tinha negócio de hipertensão, né? Mas diabetes não. Aí eles falam que não é de família não, que é assim de nervoso, de preocupação, de ansiedade quando eu fico demais, que às vezes até aumenta. (Jiló)

O diagnóstico para me descobrir foi o primeiro parto. Descobriu porque eu levei três dias no hospital sem poder ganhar o neném. Não, é porque eu sofri demais. Eu comecei a sofrer sexta-feira para o parto. Sexta, sábado, domingo, segunda. Aí eu fiquei sem sentido. Foi quando a pressão subiu. Eu inchei demais. Aí [pausou a voz]. Foi aí, na hora que fez o parto, segunda-feira, eu estava com a pressão alta. Eles tiveram que brindar. Eu tinha que fazer muitas coisas comigo, botar em outro quarto. Lá separada. Quando o neném nasceu, minha pressão subiu. Daí para cá, pronto. Já tem 55 anos, que eu tenho pressão alta. Daí para cá, minha filha, não parou mais. Melhora, baixa. Depois é que vem a ajuda de Deus. Vocês lá que estão me fazendo um favor. Vem conselho, vem remédio, (...). E a enfermeira do posto também, que mudou o horário do meu medicamento. Eu tomo remédio uma hora, três horas e seis horas da manhã. Para não misturar um com o outro, para dar espaço um do outro, para não mexer com o organismo. Aí me tranquilizou no diabetes. Eu também faço o regime. Eu tomo remédio, tomo chá. E o diabetes, do nada. Quando a doutora pediu o exame, que eu fui fazer, deu pré. E esse pré vem até hoje. Pré, pré. Acabou pré. Já tem uns três anos. Foi do nada, porque nada eu fiz para dizer se faz mal para não ser. Eu não descobri. Nem descobriram também, não. (Passeio)

Eu fiquei preocupada. Por sinal, na tireoide, eu fiz a punção duas vezes. A tireoide. Fiquei preocupada, né? Porque a tireoide, se não cuidar, ela vira [pausou a voz]. Um CA., né? Porque tem dois tipos. Mas, depois eu continuei tomando os remédios. Tô tomando os remédios. (Uva Roxa)

Do disposto, a fala de *Jiló* retrata a angústia e tristeza sentida pela descoberta do diagnóstico da DM2, que assim como a HAS não tem cura, mas controle, tratamento e acompanhamento constante para a prevenção às complicações que podem advir da associação

entre as comorbidades apresentadas, quando o controle não é eficaz. Neste caso, pode levar à dependência parcial ou total de cuidados por familiares e ou outros sistemas de apoio.

A fala de *Passeio* remete a uma situação clínica vivenciada em sua primeira gestação, que pode ser caracterizada como um quadro clínico de pré-eclâmpsia, que se apresenta durante a gravidez por meio de sinais e sintomas como a elevação da Pressão Arterial (PA), edema, entre outros, sendo que a PA elevada pode persistir no pós-parto, e assim a mulher seguir com o diagnóstico de HAS, como evidenciado no caso de *Passeio*.

A participante *Uva Roxa* tem diagnóstico de HAS, DM2 e outras comorbidades crônicas, no entanto, relata preocupação com o diagnóstico da doença na Tireoide, sendo este mais recente quando comparado aos demais diagnósticos apresentados.

Assim, diante do risco que representa as DCNT na vida da mulher idosa negro-parda, e considerando todas as alterações evidenciadas aos sistemas orgânicos do corpo é forçosa uma rede de atenção no sistema de saúde de alcance as pessoas sobenfrentamento crônico e sua família por profissionais qualificados para escuta sensível e para os cuidados na integralidade das especificidades da mulher adulto-idosa, assentado em saberes sobre questões étnico raciais de alcance a mulher negro-parda.

Deste entendimento, o contexto vivencial do diagnóstico por DCNT envolve a necessidade do emprego de estratégias para o cuidado e controle aos desvios de saúde identificados, temática que se amplia no subeixo seguinte

- *Estratégias para o cuidado da doença*

As estratégias para o cuidado da doença envolvem aspectos relacionados aos fatores de risco modificáveis que são o tabagismo, a alimentação não saudável, o sedentarismo, o consumo de álcool e a obesidade, e estes, ainda podem ser potencializados por fatores ambientais, culturais e socioeconômicos como já descrito neste estudo.

Portanto, as estratégias de tratamento não medicamentoso envolvem condutas que são recomendadas para o tabagismo, padrão alimentar, perda de peso, consumo de bebidas alcoólicas, atividade e exercícios físicos, controle do estresse, espiritualidade e religiosidade (BARROSO, 2021).

Assim, as estratégias de tratamento não medicamentoso devem ser associadas ao tratamento medicamentoso para maior eficácia na resposta e controle dos níveis da PA, prevenindo complicações ao processo de viver das mulheres idosas negro-parda.

Expõem-se as narrativas sobre as estratégias utilizadas pelas idosas no cuidado da doença.

(...) A hipertensão, é, assim às vezes, quando eu fico muito contrariada, alguma coisa que me contraria, ela sobe um pouco. Mas no dia a dia eu to calma, e, teve um tempo, que minha pressão, ficou 18,19, 20, descompensada, e aí eu comecei a tomar os remédios certinhos, passei pelo cardiologista, ela passou os remédios, certo, eu comecei a tomar, graças a Deus tá 12 por 8. (...) A diabetes é um negócio assim que a gente, (...). (...) A gente que tem que manejar o tipo de comida. Comer mais uma verdura, sabe? Umas folhas, esse negócio assim, sabe? Mas, momento que a gente ver a comida ali e fala, eu vou comer aquela, e pá come, e daqui a pouco pá sobe, a gente toma o remedinho e ela baixa, é Jesus é isso mesmo. (...) Tomo chá. É eu fiquei assim, um tempo não direto, há, eu vi na internet, o chá da folha de são Caetano, eu fiz algumas vezes, mas, eu sou muito assim desleixada sobre fazer chá, me deu aquela preguiça, mas eu tomei, sabe? Eu tomei e ela baixou, (...) e assim, tou tomando agora um chá de é, tioioiô, e eu tô me sentindo até bem com esse chá. (...) E também aquele ora-pro-nóbis, a folha, (...) tomar o chá, cortar com a salada e comer com outra folha, ou bater ela no liquidificador com uma fruta, e tomar, ótimo também, entendeu? (Violeta)

Ah, eu no dia a dia, eu tomo meu remédio certo. Minhas comidas, eu não faço, minhas comidas é com menos sal. Eu não é tudo assim, eu faço coisas assim, como eu vejo que tá com sal, eu não como. E tomo sempre meu remédio certinho, não paro de tomar remédio, de manhã e de noite. De manhã e de noite. (...) Ah, chá, eu uso chá. Eu uso chá de noite, eu faço um chazinho (...) Eu uso chá de Cidreira, capim santo. É o chá que eu tenho aí no quintal. Basicamente, é mais o chá mesmo. (Rosa Príncipe Negra)

A minha pressão até que já me relaxou (...) hoje eu estou calma, mas não posso parar o remédio um dia. (...) É não comer sal, nem gordura e nem açúcar. Esse eu tenho o privilégio de tirar esses. Porque se eu comer açúcar, o diabetes sobe. (...). Se eu usar sal ou gordura, a pressão sobe, eu fico inchada, é pior. Aí eu evito. Eu uso chá. Estou usando chá agora de louro, para a pressão. eu uso capim santo. E o outro chá para a diabetes, eu estou usando na folha de louro. (Passeio)

Eu tomo o remédio direto, todo dia. Hoje mesmo está 12 por 8. Aqui no NIEFAM já aferiu, é 12 por 8. Tomo todo dia, de tarde, uma vez. Tomava duas vezes antes do NIEFAM, três remédios. Depois do NIEFAM, eu tomo um de manhã, que é o Hidapamida, e o Losartana a noite. Só. E a pressão está ótima. (...) Os cuidados é pra alimentação, pra pressão alta, alimentação. Não, não é gordurosa. Minha alimentação, eu usava óleo, hoje em dia eu nem uso óleo mais na minha alimentação. E, muito pouco sal. (...) Eu faço um chá de erva cidreira, faço um chá de camomila, faço um chá de eva doce, aí tomo. Tudo bem. (Rosa Menina)

Para a pressão alta. É tomando os medicamentos, né? Pra poder ela não subir. É, eu tomo medicamento. Não uso muito comida salgada, nem gorda. É isso. Para as outras doenças crônicas. Às vezes, eu [pausou a voz]. Tomo medicamento, (...). Ali, alivia, se eu estiver sentindo alguma dor, tenho aquele alívio. E aí, esperando no senhor com paciência, né? (...) A pré-diabetes, eu não uso muita coisa doce. Tirei o doce, (...), eu tirei o açúcar. (Uva Roxa)

Considerando o discorrido por Violeta, Rosa Príncipe Negra, Passeio, Rosa Menina e Uva Roxa, as estratégias utilizadas para o cuidado da doença se revestem no tratamento

medicamentoso alopático prescrito pelo profissional médico, assim como, outras estratégias não medicamentosas como o uso de preparos fitoterápicas (ervas medicinal), controle alimentar, prática de exercício físico regular, o qual é realizado nas atividades semanais no NIEFAM, e ainda a religiosidade/espiritualidade, bem como a banimento de hábitos como o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas.

Compreende-se, no entanto, que as estratégias empregadas para o controle das DCNT pelas idosas negro-parda não podem ser concretizadas isoladamente, estas devem vir acompanhada de controle rigoroso dos parâmetros fisiológicos de normalidade e/ou anormalidade às doenças identificadas, sendo necessária a busca aos serviços do SUS, nomeadamente por meio das ESF ou UBS, temática a ser explorada no subeixo subsequente.

- *O serviço de atendimento da Unidade Básica de Saúde: aproximação e distanciamento*

O controle da HAS se assenta na abordagem multiprofissional, que segundo BARROSO (2021), quando associado ao tratamento convencional se reveste em acréscimo na qualidade da assistência, com melhor adesão e sucesso terapêutico, redução da morbidade e mortalidade por DCV. Assim, os cuidados a pessoa com HAS quando dispensados por uma equipe multiprofissional, onde as decisões são tomadas de forma compartilhada, observam-se melhores resultados no tratamento da doença, e conseqüentemente, na redução dos custos tanto individual e familiar como do sistema público de saúde

Considerando a formação da equipe multiprofissional a nível primário, ou seja, na Unidade Básica de Saúde (UBS), esta, deve ser composta por, 1) profissional médico generalista, que atua nas seguintes ações: consulta médica, diagnóstico, conduta terapêutica, avaliação clínica, referência e contra referência dentro do sistema de saúde; 2) enfermeira (o), que realiza ações voltadas ao acolhimento das pessoas com HAS, capacitando-as e incentivando-as ao autocuidado, planejamento de estratégias para promoção e avaliação as condutas terapêuticas prescritas, promovendo ações educacionais e realizando visitas domiciliares; 3) nutricionista, sendo suas ações voltadas para a anamnese alimentar com avaliação da rotina de consumo de alimentos, avaliação antropométrica, prescrição e orientação de dieta com base no diagnóstico médico e exames laboratoriais, acompanhamento das mudanças dietéticas e evolução antropométrica e participação em ações com a população; e 4) outros profissionais da área da saúde (BARROSO, 2021).

Sobre isto, o autor supracitado destaca ainda, que em países desenvolvidos há muitas décadas a equipe multiprofissional é formada por diversos profissionais da área da saúde como enfermeiras (os), farmacêuticas (os), assistentes sociais, nutricionistas, profissionais da educação física, fisioterapeutas, pedagogas (os) e psicólogas(os). Destaca-se, que esta realidade não se apresenta nos serviços da UBS do município foco deste estudo, entretanto, as idosas negro-pardas deste estudo, têm no NIEFAM a presença de uma equipe multiprofissional atuante às demandas de cuidado aos desvios de saúde por DCNT.

Diante o enunciado, as narrativas das participantes desta pesquisa discorrem como se dá sua relação com o serviço de saúde e os profissionais, sendo esta relação pontuada na busca de receitas e medicamentos:

Lá no posto de saúde. Tem umas falhazinhas. Mas tem aquela pessoa que vai nas casas. Sim, uma enfermeira. Ela sempre está visitando. Se tem uma acamada, ela está ali. Pra perguntar. Dá assistência. Mas não tem um remédio. Mas remédio está faltando em todo canto. Eu não tenho o que falar, assim, naquele posto. Não, não posso falar. Tem as falhas. Mas eu [pausou a voz]. Eu agora nesse negócio dessa perna. Eu procurei lá no [pausou a voz]. (...). O JM [nome do posto de saúde]. Foi aí que eu vim. Achei esse médico. Ele trabalha lá na Santa Helena. Um médico muito bom. Então [pausou a voz]. Lá não deu certo. Eu vim pra aí. Eu vim pra ele e me dei bem aí também, né? Mas assim, pro médico. Agora, eu vou acompanhar a senhora. Que lá não tem. Não tem? No meu posto do Mandacaru. Lá tem dois postos, né? Vou. Tomar pressão. Só, né? Porque às vezes eu vou. Até quando eu não vou tomar pressão porque eu vou fazer alguma coisa. Eu mando [pausou a voz]. Eu peço pra tomar minha pressão. E elas tomam pressão. E se precisar de um curativo também, né? São pessoas legais. Não tenho o que falar. Pega remédio de pressão. Só remédio de pressão. A não ser quando a gente vai ao médico Dr V [nome do médico]. Agora, tem [pausou a voz]. Não tem todos os remédios, né? A gente tem que comprar. Esse dessa perna minha eu comprei, injeção, eu comprei tudo. Só mesmo remédio de pressão, né? Ou então a vitamina C, quando a gente vai ela passa. Dá orientação a enfermeira. É. Sobre a alimentação. Elas falam muita coisa, né? Além de tomar nossa pressão. E a pressão, ela dá um alerta, né? Pra gente. Eu gosto do serviço do posto. Falta alguma coisa. Mas essa alguma coisa, em todos estão faltando. Entendeu? (Crisântemo)

Vou. Nessa semana eu fui. (...). Para mim as meninas são legal. Tem uma enfermeira aqui, meu Deus. Ela é igual um doutor. Precisa ver. Muito bem atenciosa. (...). É muito bom o atendimento para mim, graças a Deus, é bom. Tem que ir cedo, né? Pagar alguém para ir dormir lá para tirar uma ficha. É, eu pagava. Quando eu aguentava, pagava moto para ir de manhã cedo, acertar de noite para ir no outro dia. E é uma luta, mas eu vou. Eu não uso remédio do posto, não. É tudo comprado. Ainda hoje eu comprei. Remédio de 8 reais, 15 reais, não tem no posto para mim. Na semana a enfermeira olhou e disse não tem remédio para a senhora que é Aldactone, sinvastatina, esses outros remédios que é até barato. Não é nem tão caro. É de 20 reais abaixo. 30 comprimidos, que é um mês. Ai, mas não tem. A Losartana de lá eu tomava, foi piorando com a Losartana, piorei, piorei. O médico tirou tudo. O cardiologista. A enfermeira atende, olha a pressão, dá orientação, tudo, tudo, tudo. Ela faz tudo isso. Me pesa, me mede, faz

tudo. Olha tudo e toma nota. Tem caderneta para olhar nota. Tem tudo. É muito bom, graças a Deus. (Passeio)

A gente, eu e o meu marido, a gente é atendido lá no posto GP [nome do posto], em Pompilho Sampaio, onde eu moro. Logo, teve um tempo que a gente ia cada três meses pra aferir a pressão. Cada três meses tinha acompanhamento. Depois veio a pandemia, não teve mais esse acompanhamento. Também a gente não foi. E meu marido, como ele ficou cego, uma vez no ano vai a médica lá pra passar remédio pra ele. Mas pra mim não é, eu tenho que ir lá no posto. Só que ultimamente parece que não tá nem funcionando direito, porque não vem mais aviso pra gente ir. Eu não tô tendo acompanhamento nenhum. Só aqui mesmo o NIEFAM. Ai como eu venho aqui aferir a pressão, tá boa, tá ótima, eu nem procuro o posto lá. Tá difícil eu procurar lá. O atendimento antes era bem, era melhor. Hoje em dia não tá muito, não tô gostando muito não. Eu não sei por quê. Tinha uma menina lá que trabalhava lá, era muito boa. Atendia a gente, idoso, como se fosse, eu me sentia lá como se tivesse no NIEFAM. O atendimento dela é muito bom, depois ela saiu. Mudou. Mudou muito, muito. Ai eu fico só aqui mesmo, NIEFAM. Os remédios, é. Inclusive meu marido tá comprando, antes a gente pegava na farmácia com a receita, agora ele tá até comprando. A gente vai vivendo. (Rosa Menina)

De acordo ao discorrido por *Crisântemo*, ela afirma haver falhas no serviço oferecido, porém se diz satisfeita com o atendimento da UBS, contudo, pondera sobre a falta do profissional médico e de medicamentos, destacando ser algo comum em todas as UBS. Sobre o atendimento com a (o) profissional enfermeira (o), informa que este, baseia-se na aferição da PA e na orientação sobre a alimentação.

Por outro lado, *Passeio* relata ser bom o atendimento recebido pela UBS, todavia, informa a necessidade de ter que dormir na unidade ou ir bem cedo pela manhã para garantir a ficha do atendimento, e ainda, da falta de medicamentos básicos e de baixo custo para fornecimento a comunidade em geral e as pessoas idosas com desvios de saúde por DCNT. Sobre o atendimento com a (o) enfermeira (o), destaca ser muito bom e este é fundamentado na aferição da PA, no controle do peso e das medidas antropométricas, na orientação alimentar para a HAS e DM2 e no registro de todas as informações observadas na caderneta.

Diferentemente das demais participantes, *Rosa Menina* não tem procurado atendimento na UBS do seu bairro, porque o atendimento não tem satisfeito as suas demandas de cuidados à saúde desde a pandemia pela COVID-19, e conseqüentemente, pela mudança da equipe em especial da profissional de enfermagem.

Do narrado, e considerando que as idosas negro-parda são dependentes do SUS e dos serviços de atenção básica oferecidos por este sistema, é pertinente salientar, que o aporte teórico metodológico do SUS se assenta na promoção de uma atenção abrangente, universal, preventiva e curativa, através da gestão do poder público na prestação descentralizada de serviços de saúde a toda população sem distinção.

Desta forma, o SUS deve oferecer serviços básicos de saúde através da Atenção Primária em Saúde (APS), por meio da ESF ou UBS, compondo um conjunto de ações destinadas à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, no controle das DCNT e outros agravos nomeadamente às mulheres idosas negro-parda, o que se nos apercebe como negligenciado pelos gestores públicos, especialmente no que diz respeito aos serviços básicos oferecidos pelas UBS no município cenário deste estudo.

Cita-se ainda, que entre os serviços básicos não oferecidos pelas UBS do nosso município está a falta de profissionais da área médica e outros profissionais da área da saúde que compõe a equipe multiprofissional, falta de medicamentos básicos para controle da HAS, DM2 e outras comorbidades associadas, dificuldade de acesso ao atendimento nas unidades, substituição constante dos profissionais de saúde que compõe a equipe multiprofissional, entre outros. Disto, destaca-se nas narrativas das idosas negro-parda a(o) enfermeira(o) como a principal e única profissional responsável pelo atendimento a elas oferecido na UBS.

Assim, a(o) enfermeira(o) se apresenta como peça fundamental na APS, sendo está (e) profissional responsável por exercer funções de gerenciamento da UBS, nomeadamente, na atenção às ações dirigidas aos indivíduos, famílias e comunidade, com a finalidade de garantir uma assistência integral na promoção e proteção à saúde e na prevenção de enfermidades, no acompanhamento e controle da HAS, em destaque as mulheres idosas negro-parda.

Desta forma, torna-se imprescindível o cuidado da(o) enfermeira(o) no acompanhamento das pessoas idosas em enfrentamento por DCNT, sobretudo, investindo no conhecimento do perfil sociodemográfico e econômico da comunidade da área adstrita da UBS, como instrumento auxiliar no planejamento de ações de cuidados direcionados à diminuição de agravos, em destaque decorrentes da HAS e DM2.

O controle efetivo das DCNT se assenta na perspectiva da abordagem multiprofissional com enfoque interdisciplinar, onde a(o) enfermeira(o) juntamente com outros profissionais da área da saúde compartilham saberes e práticas advindas das ciências da saúde, humanas e sociais, e estes, são experienciados e vivenciados no grupo, e assim, contribuem para o manejo, tratamento e controle.

Assim, considerando o viver da mulher idosa negro-parda em enfrentamento por DCNT e as vicissitudes impostas por um sistema público de saúde que não atende as necessidades de cuidados às suas demandas de saúde, é pertinente pontuar como estas mulheres conseguem manter uma adaptabilidade positiva em meio aos infortúnios

vivenciados no seu cotidiano de vida, o que se mostra à compreensão da temática resiliência na categoria seguinte.

5.3.3 Categoria 3: O processo de viver da mulher negro-parda em tessitura com a resiliência

A resiliência se mostrou na capacidade de adaptação das participantes deste estudo diante das adversidades e vulnerabilidades impostas no viver com DCNT, e igualmente por uma sociedade de visão míope que se assenta em preceitos preconceituosos, como o etarismo. Contudo, mesmo diante dos enfrentamentos perspectivam sua vida de modo a potencializá-la por meio de plasticidade. Ou seja, se redesenhando ante as situações complicadas, estressantes e traumáticas. Desta forma, adaptando-se às demandas de saúde, sociais, familiares e culturais resilientemente.

Isto, não significa necessariamente dizer eliminação do problema ou problemas que afetam o seu ser existencial, mas que buscaram estratégias quando de situações adversas a certo equilíbrio. Por outras palavras, ressignificação das situações.

Subcategoria 1: A mulher e o envelhecer com resiliência

Considerando as histórias de vida da mulher idosa negro-parda cingida por vicissitudes no campo pessoal, familiar, social e cultural, sobretudo, no enfrentamento com doenças tão hostis e de alto impacto ao viver envelhecer como as DCNT, especialmente a HAS, DM2 e comorbidades associadas, é pertinente ponderar que a adaptabilidade positiva em atuação nos sistemas biopsicossocial, contribui para a superação de dificuldades.

Deste entendimento, seguem-se as narrativas:

(...) a gente ser mulher e a gente já passou por muitas coisas. E então, ser mulher e aí vai é vai envelhecendo conforme o dia a dia da, gente e eu me sinto bem. De ser essa pessoa assim, do meu jeito de ser e envelhecer, é uma coisa boa. Porque eu acho, que cada dia que passa Deus vai dando a gente sabedoria, o jeito de viver, dando forças pra gente batalhar pra gente fazer as coisas. E eu todo dia peço a Deus que me dê sempre forças para mim adquirir minhas coisas, fazer minhas necessidades dentro de casa, tudo enfim. Deus sempre me dá força, e eu a minha velhice vai chegando, e eu tô alegre em tá já com essa idade (...) e eu peço a Deus que me dê mais idade ainda para sempre quando alguém da minha família, neto, precisar de mim eu esteja ali, oh perto para mim servir, não posso fazer mais outras coisas, mais enquanto o que eu puder fazer ajudar eu ajudo. Peço a Deus que Deus me dê muita (...) Enfim, até o dia que Deus determinar eu em cima dessa terra. Eu

acho que não tem nem um momento ruim pra mim. Eu posso tá assim, mas a gente tem que não demonstrar que tá triste, tem que ficar alegre, entendeu? Quanto mais a pessoa tá alegre esquece dos problemas ruins, mais eu, sempre sou feliz. Tô feliz graças a Deus. (Violeta)

Pra mim, nessa fase agora, a minha vida tá melhor. Minha vida é uma vida melhor, mais divertida. Porque eu passeio, eu saio, eu divirto. Ontem mesmo eu tava no forró. No forró, dava uma dançadinha. E, graças a Deus, (...). Eu tô uma vida melhor (...). Agora que eu tô procurando e conhecendo as coisas, né? Que eu não conhecia quando era mais nova. Nem uma praia, nem nada. Agora, graças a Deus, tudo. Conheço lugar, cidade. Nunca fui. Eu conheci agora. Graças a Deus, a vida pra mim tá uma vida boa. Graças a Deus. Peço a Deus pra me dar saúde, né? Porque eu vivo muito [pausou a voz]. Muito doente. Com esse negócio dessa diabetes. Sinto dor nas pernas. Dormência nas mãos [pausou a voz]. Em vez que eu saio apuso. Hoje mesmo, amanheci com um corpo tão ruim. Que eu vim pra cá pra não ficar em casa. (Jiló)

Nessa parte de envelhecimento, assim, às vezes eu me ponho assim, eu não tenho medo da velhice. Mas eu acho que esse problema de saúde que a gente vai perdendo, né? Eu também não esperava que com esses 70 anos eu tivesse assim, sem essa falta de mobilidade, né? Eu não contava com isso. Então, mas mesmo assim eu sei aceitar, tá entendendo? Eu sei aceitar porque eu sei. Deus me deu tanta oportunidade pra mim trabalhar e criar meus filhos, fazer o que eu precisava fazer, né? Construir, eu fiz casa, graças a Deus eles estão tudo acomodados. E isso me faz bem, me fez bem, né? Foi difícil, mas me fez bem. (Família)

Na narrativa de *Violeta*, compreende-se que nesta fase do envelhecimento a vida está boa, mesmo após ter vivenciado muitas dificuldades ao longo de sua trajetória existencial, contudo, afirma que Deus fortalece sua caminhada e a impulsiona a prosseguir na vida sem descuidar, e seguir com pensamento positivo mesmo diante das adversidades enfrentadas.

Segundo *Jiló*, a sua vida está melhor agora na fase do envelhecimento do que quando estava mais jovem, porque hoje ela tem total liberdade para sair, passear, viajar e conhecer lugares que não foi oportunizado na fase da juventude. Assim, mesmo diante as alterações e infortúnios provocadas pela DCNT, ela consegue se adaptar positivamente no enfrentamento às vicissitudes impostas pela doença.

Já *Família*, devido a Neuropatia periférica, uma das complicações da DM2 que ocasionou limitação de sua mobilidade psicomotora no desempenho das atividades da vida diária, busca assegurar-se em suas conquistas como realização, o que se traduz em agir resilientemente.

Ao exposto, a resiliência é percebida como um constructo presente no viver envelhecer da mulher idosa negro-parda deste estudo, sendo propalada por todas as praticantes. Assim, a resiliência se assentou na adaptabilidade às situações adversas

enfrentadas por elas e caracterizadas por condições biológicas e sociopsicológicas. Disto, acentuaram seus recursos internos, ou seja, intrapsíquicos, e os recursos externos, que se referem ao ambiente social e afetivo. Segundo Anaut (2005), trata-se de característica que contribui para uma construção psíquica saudável e contributiva ao processo relacional e de inserção social.

Deste entendimento, a resiliência como processo dinâmico e complexo, resultou na interação das participantes do estudo com o seu meio de pertencimento socio-familiar-parental e cultural, e na adaptabilidade ao viver com DCNT. Elas reconstruíram os modos de viver de maneira satisfatória apesar das dificuldades e das situações traumáticas que enfrentou ao longo do seu longeviver.

Subcategoria 2: A resiliência em suas múltiplas expressões ao viver envelhecer da mulher

O envelhecimento é uma fase de elevado padrão de exigência, difícil na compreensão de muitas pessoas, mas também de reconhecimento pessoal para outras por suas conquistas. Fisiologicamente, se reveste em um período de declínio das capacidades físicas o que impacta em questões sociais e culturais por sua intrínseca relação.

Apesar das desvantagens advindas do processo de envelhecimento fisiológico, as participantes deste estudo, idosas negro-parda, têm se mantido ativa por meio de suas capacidades de adaptabilidade às vicissitudes, sendo a espiritualidade e a religiosidade os contributos no suporte às adversidades por elas mais destacados, sendo estes psicologicamente elaborados e percebidos na transversalidade com o ambiente social afetivo.

- *A espiritualidade como estratégia de resiliência*

As pessoas idosas em geral e aqui em destaque a mulher negro-parda, valorizam suas crenças e dogmas religiosos especialmente nos momentos difíceis da vida, em que as adversidades e situações traumáticas vivenciadas são controladas e suavizadas por meio da fé. Deste modo, a religiosidade e espiritualidade se reverteram em referencial pessoal a essas mulheres praticantes ativas da sua religião e/ou grupo religioso ao qual pertence.

Assim, do encontro com a prática da religiosidade e espiritualidade essas mulheres apresentam objetivos de vida, possuem maior envolvimento com o próximo, maior satisfação

com a vida, são menos estressadas e, por conseguinte mais resilientes para um viver, mas resolutivo às demandas oriundas de DCNT.

Tenho mais do que agradecer a Deus. Por essa vida que eu tenho hoje. Porque [pausou a voz]. Tanta coisa acontecendo. A vida difícil. Você vê a pandemia. E tantas outras coisas. A violência. O mundo tá muito violento. Então, feliz eu sou. Eu estou feliz. Podia melhorar um pouquinho. Mas, não Deus. eu agradeço pelo que eu tenho hoje. Tenho a casa própria. Tenho minha filha que é casada. Vive bem com seu marido. Tenho um filho. Que está lá agora em Entre Rios. E tem outro que é da saúde, é das endemias. Nenhum deu para as drogas. Minha filha. Trabalha lá, no São Judas numa clínica de crianças autistas. O que é que eu posso ficar dizendo. Deus encaminhou meus filhos. A felicidade da mãe, é o progresso do seu filho. Os meus nunca foram, de droga, sempre tiveram amigos, pobres como nós, mas aquele amigo que não ofendia. É que eu posso falar. Eu posso agradecer a Deus. (Crisântemo)

Eu tô satisfeita. A gente não se sente satisfeita com o viver de doença dentro de casa. Então, eu estava falando pra minha amiga que a gente doente dentro de casa, sozinha, a gente não fica, eu não fico boa. É uma tristeza. Mas depois a gente começa a fazer oração, a gente começa a sorrir, a gente começa a passar um, a gente fala uma coisa ou fala uma coisa com a gente, a gente, aquilo sai da cabeça. Mas eu já não fiquei boa há um tempo, não. Nessa pandemia que teve, eu não fiquei boa. Sozinha dentro desta casa. Eu não tinha vontade de eu sumir, me deu vontade mesmo de partir pelo mundo. Mas Deus é grande que Ele me revigorou a saúde. Graças a Deus. O meu futuro, eu percebo que vai ser sempre esse. Eu sempre penso que vai ser sempre aquilo. Eu só acredito em Deus. (Passeio)

A narrativa de *Crisântemo*, reflete um processo de resiliência associado a espiritualidade e religiosidade, destacando a gratidão a Deus por todas as coisas boas recebidas em sua vida, como os filhos, por todos estarem encaminhados, pela sua casa própria, contudo, relata aspectos desestabilizadores do viver na sociedade como a violência e o momento vivido com a pandemia pela COVID-19, e, demonstra tristeza pelos acontecimentos sociais, mas considera que sua força espiritual a mantém firme e forte.

Passeio relata em sua narrativa que está satisfeita com sua vida, embora o viver com doenças a debilite e lhe cause tristeza, contudo, suas forças são revigoradas a partir das orações e fé em Deus, sendo a resiliência associada a processos de espiritualidade e religiosidade.

Considerando o exposto, o Brasil é um país de maioria cristã, assim, a população considera a busca por uma religião como importante em sua vida. Desta forma, a religiosidade está alicerçada na crença e prática de uma religião, e esta, se relaciona com a intensidade com que o indivíduo participa, acompanha e desenvolve a doutrina, sobretudo, com orações. Contudo, a espiritualidade é entendida na dinâmica da relação universal com o sagrado e o divino, e esta, compreende a busca pessoal em sua essência, sentido e finitude da vida, e pode

ou não levar a uma prática religiosa (ZANDAVALLI et al., 2020; MOTA et al., 2022). Assim, cingimos espiritualidade e religiosidade na compreensão sobre o como as narrativas nos apresentam.

Deste entendimento, as crenças na espiritualidade e religiosidade podem ser consideradas fatores de proteção e adaptabilidade às adversidades vivenciadas pela mulher idosa negro-parda, sobretudo, quando estão associadas ao desenvolvimento de habilidades no enfrentamento às situações traumáticas, levando a melhora do bem-estar psicológico e a resiliência (MARGAÇA; RODRIGUES, 2019).

Destas considerações, avançamos na temática tendo em foco conhecer como se dá o gerenciamento dos cuidados à saúde das idosas negro-pardas a partir do ser resiliente, apresentada no subeixo subsequente.

- *O gerenciamento dos cuidados à saúde, uma estratégia resiliente*

O conviver em enfrentamento por DCNT promove certa desarmonia no sistema biopsicossocial expresso nas narrativas das participantes em alterações físicas, psíquicas, comportamentais e cognitivas e no entrelaçamento das estratégias de resiliência ao gerenciamento dos cuidados à saúde.

Porque se você sentir uma coisa, se você for [pausou a voz]. É pior. Não. Ai, ai. Oxi. Eu enfrento a doença. Eu me acho, porque eu, tá sentindo uma coisa aí, eu [pausou a voz]. Me entregar, me deitar? Eu não. Não me deito mesmo. Enfrento o cara, assim, de arrumar as coisas, fazer as coisas. Eu gosto de minhas coisas cuidar mais. Eu enfrento tudo. Eu é. Ai, ai. (...). Não gosto de dormir de dia. Eu não, não sou de me jogar na cama, não sou. É, eu não durmo não. Durmo 9h30, 10h. Depois eu pego a novela. Às vezes eu fico, a minha neta, ela tá fazendo curso, eu fico aqui só. Eu fecho aqui o fundo. Eu vou pra casa do meu filho, pego a novela lá. Vai na fé. Eu sou uma pessoa guerreira. (Rosa Príncipe Negra)

(...) tem vez que eu tô assim, levanto mesmo da cama, há hoje eu não vou fazer nada porque eu não tô aguentando, aí eu oro a Deus e agradeço a Deus pela noite, que me dá um bom dia, piso no chão e falo eu tenho que fazer essas coisas, tenho sim que ninguém vai fazer por mim, então quem vai fazer sou eu, e Deus me dá força e eu enfrento tudo, doença se afasta de mim e eu meto a cara e faço tudo, graças a Deus, faço tudo, (...), mas a gente ficar, há hoje eu não tô aguentando não, (...), e fica deitada, aí a doença fala assim ela não ta aguentando não, então vou cutucar mais, pra doer mais. Se você pede força a Deus você levanta de repente faz suas coisas, Deus lhe ajuda, entendeu? Mas se ficar focada naquele problema ali aí pronto fia. O inimigo quer isso né? Que você não faça, só deitar que aí agora monta em cima a doença e quando você tem fé em Deus, você fala assim, eu vou fazer e doença não vai me atrapalhar e aí pronto e faz. (Violeta)

Nem só as doenças, todos os problemas. Eu passei por um problema assim do meu filho, que fez um ano agora em janeiro. Pra mim foi a pior coisa que me aconteceu

em toda a minha vida. Quem sabe aquele filho que você cria, que você [pausou a voz]. Tudo é aquele filho, (...). A vida inteira, pra mim, ele foi o centro. (...). E talvez o que aconteceu, ele fez Ciências Contábeis, mas ficou trabalhando, mas o pai naquela do pai, trabalhando, então acho que ele não queria aquilo, mas por causa da gente, ele foi ficando, (...) e ele de repente, menina, ele abandonou tudo assim que ia embora pra São Paulo e foi embora. Então, pra mim, foi muito triste, muito, (...) mesmo. Mas eu digo, às vezes assim eu dizia, mas Deus vai me segurar. (...). E tu acredita que é como se Deus, assim, às vezes eu estou deitada eu digo, gente, eu pensei que eu ia me acabar, chorar, ia ficar, mas eu vejo tanta força, porque eu volto pra mim e digo assim, eu fiz tudo. Então, por que que eu vou ficar chorando por ele? Não é? Eu só digo a Deus, tomai conta, meu Deus (...). Mas graças a Deus, venci esse ano, que eu pensei que eu não ia suportar. Foi pra mim a pior coisa da minha vida. Nem a doença não, porque a doença eu sei aceitar. Mas isso aí, pra mim foi terrível. Nossa! Mas essa falta dele foi assim, terrível, pra mim. Mas eu soube, mas Deus me deu coragem e força, Deus me deu. Eu me acho assim sou resiliente, eu acho. (Família)

Rosa Príncipe Negra e Violeta relata que não se deixar abalar e se entregar aos infortúnios da doença, pelo contrário, procura viver a vida mantendo as suas tarefas diárias com as limitações impostas pela doença, mas não se deixando vencer por ela, adotam uma atitude comportamental de adaptabilidade que se reveste em resiliência.

Família em sua narrativa se declara como uma pessoa resiliente, diante do enfrentamento da DM2 e o controle desta relacionada ao sentimento de distanciamento do filho para o Estado de São Paulo, o único filho do gênero masculino. A situação vivenciada por *Família* desestabilizou o controle da DCNT. A saudade foi tamanha que pensou que não sobreviveria, mas como o passar dos dias disse saber se adaptar e buscar força e coragem em Deus para seguir com a vida. Esta narrativa intercambia com a subcategoria precedente sobre espiritualidade e religiosidade à resiliência.

Do disposto, a resiliência se reveste em um processo dinâmico positivo, em que a pessoa idosa não sucumbe aos fatores de risco biológico, psicossocial e socioeconômico, pelo contrário, buscar no seu íntimo qualidades regeneradoras diante das vicissitudes desencadeadas pelo envelhecimento em enfrentamento patológico, e não só, também de ordem familiar relacional.

- *A resistência diante os enfrentamentos da doença, uma estratégia de resiliência*

A característica de resistência acompanha as mulheres deste estudo ao longo da sua história de vida, observadas por meio de suas experiências de enfrentamento, superação e resiliência.

Desta característica, seguem-se as narrativas:

Eu sinto que eu sou uma pessoa forte. Porque é o tipo da coisa que eu não me entrego, assim, pra ficar nos cantos. Sempre é essa pessoa como eu sou. Eu fico normal, que às vezes não dá nem para as pessoas perceberem. Porque eu sou o tipo da pessoa, assim, que quando eu to sentindo qualquer coisa, eu não falo. Eu fico quieta pra mim mesma. Não compartilho, não. Às vezes, sim. Às vezes, não. O que chama, às vezes, quando chama logo a atenção, é a pressão. Porque quando a pressão sobe, aí não tem como eu segurar. (Uva Roxa)

Eu sou forte, né? Porque, graças a Deus, eu, assim mesmo, eu faço as coisas, eu não fico reclamando, (...). E eu, não fico dentro de casa sentada, eu saio, assim mesmo, vou pra um canto, vou pra outro. É que eu acho que se a gente for se esmorecer é pior. Graças a Deus. Sempre com pensamento positivo. Positivo, é. (Jiló)

(...) Eu enfrento à doença, porque eu to sentindo uma coisa, eu vou [pausou a fala]. Tem um comprimido, a gente vê o que eu posso tomar, eu tomo. Mas não me joga de cama, não. Eu? Não, nada. Às vezes, quando eu digo assim pra minha filha, que eu puxei minha mãe. (...). A gente, meu pai, tomava conta da fazenda. E ela tinha roça de cacau, café, e ela pegava [pausou a voz]. Eles tinham café. E botava as pessoas pra trabalhar, e ela também trabalhava. Ela podia tá sentindo o que for, mas ela trabalhava. (...). (...) Não tenho preguiça de nada. Pra nada, nada. (Rosa Príncipe Negra)

Eu sou forte. Porque pra mim, tremeu dizer assim, tá sentindo uma coisa, pode levantar e não levanta porque tá doente, não. Eu enfrento, eu levanto, não quero cama, não quero ficar sentada. Eu quero andar pra resolver o meu problema. Eu enfrento a doença. Eu não sei ser fraca. (...) Com a fé em Jesus, porque eu enfrento a minha vida. Eu não me sinto aquela triste, aquela moleza por causa de doença, não. Eu sinto dores, mas não vou me dar meu braço a torcer por causa da doença assim também, não. Graças a Deus, não sinto aquela coisa por fraqueza de doença, não. Porque se você se entregar a doença, você piora. (Passeio)

As narrativas de *Uva Roxa*, *Jiló*, *Rosa Príncipe Negra* e *Passeio* expõem a resistência dessas mulheres aos enfrentamentos vivenciados pelo processo de envelhecimento associado às DCNT, ecoando em um processo de viver humano caracterizado pelo desenvolvimento de qualidades como autoestima elevada, autoconfiança, pertencimento étnico-racial e familiar.

Sobre esta expressão de ser, Prestes (2013, p. 63) diz,

Resiliência é um processo de reorganização, ressignificação, superação e transcendência perante vivência de contexto potencialmente desintegrador. Acessa recursos pessoais e coletivos, como: autoconfiança, otimismo, bom humor, autocontrole, flexibilidade, perseverança, bom relacionamento familiar e social, boa análise de situações, criatividade, pertencimentos, suporte social e programático, autonomia e sentido de vida.

As mulheres deste estudo transcendem as barreiras das adversidades impostas pelas doenças, etarismo, racismo, sexismo e classismo, de modo a ressignificar o seu viver humano com autonomia e maior independência possível, sendo o pertencimento familiar-social agente contributivo às suas estratégias à resiliência, como se evidencia na subcategoria seguinte.

Subcategoria 3: O sentimento de pertencimento familiar-social como estratégia de resiliência

A família se reveste em um ambiente de pertencimento, no qual pessoas unidas por laços afetivos e de parentalidade convivendo em espaço tempo de forma respeitosa constroem relações de cuidado, atenção, intimidade e proteção que coopera para um viver harmônico durante o curso da vida.

Assentada nestes princípios, a família contribui positivamente às potencialidades de resiliência para o viver humano das pessoas, sobretudo, no desenvolvimento de qualidades como a adaptabilidade positiva, companheirismo, afetividade e capacidade resolutiva no enfrentamento de vicissitudes advindas do envelhecimento e diante de exigências por DCNT. Sobre isto, discutiremos abaixo.

- *A inter-relação familiar construtora de características positivas ao viver envelhecer*

A inter-relação familiar se evidenciou como fundamental para a mulher idosa negro-parda deste estudo ao enfrentamento da DCNT, sendo sua família considerada o território relacional no qual encontra proteção.

Esta compreensão, se assenta as narrativas a seguir:

Eu me dou muito com a minha família. Graças a Deus. Tem meu filho esse aí, que tá conversando com o meu filho mais velho. Que é Casado com a filha de D [genitora da nora] lá do NIEFAM. Ela trabalha na saúde. Graças a Deus, eles têm 22 anos de casamento. Graças a Deus, nós nunca tivemos um aborrecimento. É uma pessoa muito boa. Meu filho também tem muito cuidado comigo. Às vezes, quando eu sinto, quando eu vô fazer um exame, ele vai me levar, e aquele cuidado, ele me marca o exame pra mim, aí me leva. É aquele cuidado, todo, sei não. Me dou muito bem, muito bem com minha nora. Muito bem. (Rosa Príncipe Negra)

Tenho três filhos, marido e uma neta. Que nasceu na minha casa. Mas, esse dia que o R [nome do filho] chegou. O que tava fora. Foi uma festa. Aí fizemos um almoço. E todo mundo ali. Cada um contando as suas prosas. Porque ele tinha chegado. Então eu cheguei e tomei sorte com ele no sofá. Ele estava tão assim. Junto com a irmã. Eles são muito apegados. Aí ele levantou para falar comigo. (...). Estava na missa. E aí eu entrei. E disse. Paz de Cristo para todos. (...). Mas é assim. Tem hora que uns fazem uma coisa. E o outro não gosta. Mas isso é normal. Em qualquer família. (...). Agora é São João. A minha filha já ligou para todo mundo. Oh é São João. Todo mundo quer ajudar. Não é? É assim. Aí cada um diz o que é que vai trazer. Se não. Bota o dinheiro na minha mão para eu agilizar. E vamos fazer nossa festa em casa. A gente não gosta de ir para a rua. Às vezes a minha filha vai. Mas todo ano a gente faz a fogueira. A gente arruma a mesa tão arrumadinha. A gente faz nossas guloseimas. Mas a gente faz uma fogueira. E a gente fica ali ao redor da fogueira até uma hora. Depois a gente já

recolhe. No outro dia eu tenho uma carne assada. Como pobre. Não é como Rico. Mas graças a Deus na paz. Isso que é bom. Todo ano. (Crisântemo)

Rosa Príncipe Negra, relata a convivência familiar com o filho e a nora como muito harmoniosa, embora morando sozinha em seu domicílio, todavia, o filho mora no mesmo terreno, e assim, o compartilhamento em respeito e cuidado está no cotidiano da família, expresso em afetividade, amor e atenção entre os membros da família.

Crisântemo considera que seu ambiente familiar é muito bom, os filhos são unidos e destaca os laços de afetividade entre eles, os encontros e reuniões nos momentos comemorativos em festas e festejos como os juninos, quando reúne seus filhos, que residem em outra cidade, em sua casa.

O contexto relacional familiar expresso pelas participantes deste estudo promove sentimento de apoio, segurança e respeito, características necessárias para o sentimento de pertencimento e ética familiar que se reverte em promotores do longeviver com sentimento de satisfação. Um sentimento de relação estrita ao potencial de adaptabilidades ante as adversidades.

O sentimento de família se amplia para grupos de convivência pelo pertencimento. Este contexto vivencial tem estreita relação à compreensão de resiliência das pessoas pelas trocas de vivências e suporte social acolhedor, temática que se amplia a seguir.

- *A convivência extrafamiliar em grupos de apoio e convivência aos cuidados de saúde: reflexo de resiliência*

Entre os fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento das DCNT está a inatividade física, sendo, todavia, um preditor importante e independente da faixa etária, contudo, este se torna preocupante em mulheres idosas negro-parda como já discutido neste estudo.

Neste particular, relembra-se a destacada PNSPI e o Estatuto do Idoso quando discorrem sobre a criação de espaços de convivência, no qual pessoas idosas possam realizar atividades de lazer, sociais, artísticas, culturais, intelectuais, físicas, manuais e de convívio grupal. Trata-se de atividades que contribuem à socialização destas pessoas, contribuem para um viver com maior autonomia e previnem o isolamento social (SANTOS JÚNIOR et al., 2013).

Os autores supracitados consideram que os estudos realizados em grupos de convivência evidenciam que os idosos que participam mostram-se ativos fisicamente, e como consequência, conseguem manter as atividades da vida diária, mesmo em detrimento das doenças crônicas com melhor estado de saúde e menos limitações e dor, quando comparado àqueles com baixo nível de atividade física e envolvimento social.

Cabe ressaltar, que os grupos de convivência em sua maioria é composto por uma equipe interdisciplinar, formada por profissionais da área da saúde e outras, que realizam atividades direcionadas para o cuidado em saúde, e estas, englobam atividades físicas, de lazer, rodas de conversa, palestras, debates, artesanatos, trabalhos manuais, entre outros, fundamentando-se no aprendizado mútuo e compartilhado (CAVALCANTE et al., 2015). Os autores destacam ainda, que tanto os idosos como seus familiares ao ingressarem em grupos de convivência, buscam sua valorização como indivíduo socialmente útil, possibilitando o resgate de sua cidadania.

Desta forma, o apoio, o incentivo e o reconhecimento da família das mulheres idosas deste estudo, são percebidos por elas como um reforço para que as mesmas continuem a frequentar e participar de grupo de convivência, conforme se pode verificar nas narrativas deste estudo.

O NIEFAM pra mim é uma coisa assim, caiu assim abençoado, sabe? Eu gosto demais de vim pra aqui, eu andei um tempo afastada (...) foi um problema de doença (...), no dia que eu não venho pra aqui é o dia que eu não posso mesmo, sabe? Mais enquanto eu puder vim, eu venho. Agora mesmo eu tô assim nesse dilema, sobre o marido (...) eu não posso deixar ele só, por causa do problema dele [câncer de próstata], mas eu vou ficar assim, vou lá [na roça] dou assistência a ele e volto pra aqui, nem que eu venha duas semanas, volto dou assistência a ele, mas eu não quero deixar o NIEFAM. Porque o NIEFAM aqui pra mim foi tudo, é sendo tudo (...) porque me ensinou muita coisa (...) no sentido, melhorei muito, entendeu? Então por isso, o NIEFAM pra mim é o mesmo que ser minha casa, tudo, o NIEFAM. (Violeta)

Ah, tem, tem, sim. Eu acho que aqui [NIEFAM] é um acolhimento, assim, favorável, né? Nesse instante, eu estava comentando com meu marido, ele olhando o meu açúcar, né? E a gente foi comparar de quando eu comecei. Ai eu estava vendo, assim, o quanto que tem, assim, baixado, né? E o quanto tem estabilizado. Por que isso? Porque eu procurei ter mais cuidado, porque eu sabia que eu vinha pra aqui, porque eu sei que eu tenho que medir, né? Então, isso eu estou conseguindo controlar, não é? E a junção das pessoas é tão boa. Às vezes eu sento ali e fico assim, ó, B [nome do esposo] cada um a gente olha o jeito diferente de se portar, não é? Isso é tão bom. É tão bom a gente participar. É bom demais. Eu gosto daqui demais. (Família)

Grupo NIEFAM eu tenho gostado dos exercícios, tem me feito muito bem, melhorei bastante. Pra mim foi uma maravilha. Tem sido uma maravilha pra mim. Os exercícios, os professores, tudo bom. Estou no meio de gente boa. Família

maravilhosa. Família que tem muito carinho por a gente, pelos idosos. Tem muito amor. Eu já percebi isso. Tem amizade um pelo outro.
(Uva Roxa)

As falas de *Violeta*, *Família* e *Uva Roxa* vai ao encontro do verificado por outros estudiosos e pelo que a PNSPI e o Estatuto do Idoso pontuam. O NIEFAM se caracteriza como um núcleo de extensão e pesquisa universitária de abordagem interdisciplinar e cuidados proximais às pessoas em condição crônica e se reveste em um grupo de convivência, em que as potencialidades da pessoa idosa, sobretudo, da mulher idosa negro-parda (maior contingente presente no núcleo), são construídas por meio do compartilhamento de saberes e fazeres a um viver envelhecer mais resolutivo às demandas de cuidado das DCNT, de forma a perspectivar uma velhice mais saudável, ativa e feliz. Seu direcionamento visa o respeito à dignidade da vida das pessoas, contrapondo perspectivas estereotipadas e discriminatórias como de etarismo, racismo, sexismo e classismo.

6 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A construção deste *corpus* chamado ‘Dissertação’ significou uma conquista em amplitude de conhecimentos alcançada neste estudo, sobretudo, pela complexidade da temática no entrelaçamento com os temas proposto pela linha 2 do PPGREC e seu imbricamento com o contexto das ciências da saúde.

O caminhar se mostrou desafiante na trajetória de ser pesquisadora, mas que foi se acomodando a partir da intensa busca pelo conhecimento que se abriu em um horizonte promissor a efetivação do sonho ambicionado de ser enfim, Mestre.

Assim, alcançar esta etapa da pesquisa se evidenciou dos mais relevantes nesta trajetória, em destaque, ao foco em que se assentou a pesquisa, aos objetivos alcançados e ao campo de conhecimento a que se propôs este estudo, de interseccionalidade entre os saberes das ciências sociais, humanas e da saúde, na compreensão da significância do que é ser mulher idosa negro-parda em enfrentamento por DCNT e os reveses impostas do viver envelhecer em uma sociedade que ainda se modela por comportamentos discriminatórios, os quais cooperam para potencializar enfrentamento nesta fase da vida da mulher, e ainda, por um sistema público de saúde que precisa ampliar seu repertório de saberes aos fazeres na integralidade do ser mulher, idosa e que alcançou a velhice em meio a lutas diversas por ser negro-parda e com poucos acessos a bens e serviços, em uma sociedade que lhe tirou oportunidades e que lhe fez naturalizar o ser mulher para o mais servir. Um espólio da cultura eurocêntrica que ainda na velhice é perspectivado como ideal.

O desenho desta pesquisa buscou ampliar os saberes aos cuidados da saúde de mulheres negro-parda cadastradas em um núcleo de pesquisa-extensão, na perspectiva de que estes saberes contribuam ao redesenho de questões relacionadas aos direitos humanos e constitucionais imbricados nas relações étnico-raciais, sociais, culturais, do sistema público de saúde de modo à potencialização dos agentes do cuidado no âmbito do SUS, sobre o cuidado com respeito à dignidade do ser de aversão a todo tipo de discriminação.

Nesse contexto, acentuar o foco sobre o objetivo geral deste estudo que ao ser alcançado evidenciou que as vulnerabilidades enfrentadas pelas mulheres idosas negro-parda se revestem historicamente no processo de colonização e escravização do povo negro no Brasil, e que ainda no século XXI encontramos estruturado e naturalizado o racismo, sexismo e classismo aos corpos das mulheres, subjugando-as a subalternidade e inferioridade em

relação aos homens, e assim, expostas as condições de vida em estratos socioeconômicos mais baixo.

Este contexto social e cultural da mulher idosa negro-parda, vivenciado ao longo do seu ciclo de vida, repercute em seu meio de pertencimento sociofamiliar e parental, e no contexto desta pesquisa se evidenciou pelas estratégias tidas como de resistência e resiliência. A resiliência se mostrou como o ‘porto’ em que as participantes deste estudo buscaram se ancorar aos enfrentamentos ao longeviver.

Outros fatores igualmente repercutiram em significância de impacto ao viver humano das mulheres idosas negro-parda, como: escolaridade, profissão e renda, e estes compõem o cenário social de exclusão e desigualdade há séculos no contexto nacional e tem relação estreita à prevalência de DCNT na população negro-parda, entre elas a HAS e o DM2, com altos índices de morbimortalidade no país.

A aquiescência desta realidade já se faz no país com inclusão da PNSIPN que aponta para o cuidado com respeito à etnia/raça e a necessidade de qualificação de profissionais de saúde com vista à gestão aos cuidados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS, no direcionamento da promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação efetiva à saúde da população negra no Brasil.

Portanto, aos direitos e condições dignas de acesso à saúde e vida digna, como disposto na Constituição Cidadã brasileira. Direitos que embora escritos precisam ser efetivados na prática cotidiana a toda população brasileira sem qualquer tipo de discriminação.

O alcance dos resultados deste estudo exhibe um contexto que abre possibilidades para novas perguntas e ao fazê-lo evidencia a necessária busca por respostas, o que poderá conduzir mais olhares para novos temas ao investimento humano. Cremos que este é um dos mais expressivos resultados de investigações de natureza qualitativa. Assim, de ‘porta’ o convite para entradas, ao tempo em que seguiremos em trajetória ascendente para a interseccionalidade com gênero, raça/etnia e classe.

Ao alcance de fechar esta etapa da caminhada é necessário salientar que o tempo foi um agente limitante. Limitação que encontrou no percurso a pandemia pela Covid-19, aulas *online*, distanciamento humano, o NIEFAM com atividades na ferramenta digital *WhatsApp*, a escassez de tempo para um estudo que exigia aprofundamento em leituras, pois não houve liberação para sua realização e como docente a carga horária de disciplina na graduação tinha

que ser dada. Estes fatores impactaram sobremaneira no estudo do que a compreensão sobre limitação se me apercebe, assenta-se por primeiro no tempo de 6 meses e, deste, seu reflexo sobre o aprofundamento em repertórios de saberes à análise de oralidades tão ricas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, V. **Manual de História Oral**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

ALBUQUERQUE, M. I. N. de. **Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Recife: [s.n.], 2015.

ALMEIDA, A. V.; MAFRA, S. C. T.; SILVA, E. P. da; KANSO, S. A. Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1. 2015. Disponível em: <https://revistaseletronica.s.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/19830/13313> Acesso em: 10 out. 2021.

ALVES, J. E. D. Envelhecimento Populacional no Brasil e no mundo. Novas Projeções da ONU. **Revista Longevidade** (*on-line*). São Paulo, ano I, n. 3, jul./ago./set. 2019, p. 1-5. Disponível em: <https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/787/842>. Acesso em: 08 dez. 2020.

AMORIM, D. Teste do Censo 2022 mostra população com 51,7% de mulheres e 16,7% de idosos. **CNN Brasil** (*on-line*), 17 mar. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/economia/teste-do-censo-2022-mostra-populacao-com-517-de-mulheres-e-167-de-idosos/#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20idosa%2C%20de%2060,7%25%20do%20total%20de%20recenseados>. Acesso em: 19 jul. 2023.

ANAUT, M. **A resiliência: ultrapassar os traumatismos**. Lisboa (PT): Climepsi Editores, 2005.

ANDRADE, A. O. de; AGUIAR, M. I. F. de; ALMEIDA, P. C. de; CHAVES, E. S.; ARAÚJO, N. V. S. S.; NETO, J. B. de F. Prevalência da hipertensão arterial e fatores associados em idosos. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 3, p. 303-311, jul./set. 2014a. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2729>. Doi: 10.5020/18061230.2014.p303. Acesso em: 23 jun. 2021.

ANDRADE, J. M. O.; RIOS, L. R.; TEIXEIRA, L. S.; VIEIRA, F. S.; MENDES, D. C.; VIEIRA, M. A.; SILVEIRA, M. F. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p.3497-3504. 2014b. DOI: 10.1590/1413-81232014198.19952013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LWQrZdgF8shFLM3PFHWvGSc/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 jun. 2021.

ARAÚJO, D. A. M.; MOURA, T. V. C.; JUNIOR, D. N. V.; NETO, F. J. de C.; JUNIOR, J. de S. A.; SILVA, A. R. V. da. Fatores associados ao desenvolvimento de hipertensão arterial em uma comunidade quilombola. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**, Santa Maria, RS, v. 11, e. 33, p. 1-19. 2021. DOI: 10.5902/2179769248318. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reu fsm/article/view/48318/html>. Acesso em: 23 jun. 2021.

ARAÚJO, L. F.; SILVA, R. J. S.; SANTOS, J. V. O. Resiliência e Velhice: um estudo comparativo entre idosos de diferentes níveis socioeconômicos. **Revista Kairós - Gerontologia**, São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, v. 20, n. 1, pp.

389-407. 2017. ISSN 2176-901X. DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p389-407>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p389-407/23091file:///C:/Users/Work/Downloads/33511-90962-1-SM.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BARROSO, W. K. S (Coord.). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.** [on-line], v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, 2001, 215 p.

BELLO, L. **Possibilidades de Resiliência no estar-sendo negra**: “é preciso ter coragem pra ter na pele a cor da noite”. 2017. 229f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/157543/001019633.pdf?sequence=1>. Acesso em: 21 jun. 2021.

BENTO, I. C.; MAMBRINI, J. V. M.; PEIXOTO, S. V. Fatores contextuais e individuais associados à hipertensão arterial entre idosos brasileiros (Pesquisa Nacional de Saúde – 2013). **Rev Bras Epidemiol**, 23: E200078, p. 1-13. 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200078. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/4DybzsFHF8644nDXgzw3GYG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2021.

BOLETIM Epidemiológico das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) - Nº 02 - dezembro / 2020. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/boletimDCNT_no02_-2020.pdf. Acesso em: 29 set. 2022.

BONANNO, G. A. Clarifying and Extending the Construct of Adult Resilience. **American Psychologist**. v. 60, n. 3, p. 265-267, Apr. 2005. DOI: 10.1037/0003-066X.60.3.265b. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/232434008>. Acesso em: 02 nov. 2022.

BORGES, W. D. **Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e seus Determinantes Bioantropológicos em Populações Quilombolas da Amazônia**. 2011. 67 p. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia). Universidade Federal do Pará, Belém: UFPA, 2011. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/4624/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20William%20Dias%20Borges.pdf>. Acesso em: 23 de jun. 2021

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade**: lembranças de velhos. 3 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BOTERO-RODRÍGUEZ, F.; CRUZ-RAMÍREZ, V.; COTE, D.; CÉSPEDES, K.; SMITH-VELASCO, S.; GÓMEZ-RESTREPO, C. Neuropatía diabética y su asociación con síntomas ansiosos. **Universitas Medica Colombia**, v. 62, n. 2, abr.-jun., 2021. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-2.neur>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v62n2/2011-0839-unmed-62-02-e32042.pdf>. Acesso em: 04 set. 2023.

BRAGA, S. F. M.; GUIMARAES, L. de V. M.; SILVEIRA, R. B.; CALBINO, D. As políticas públicas para os idosos no Brasil: a cidadania no envelhecimento. **Revista Diálogos Interdisciplinares**, v. 5, n. 3, p. 94-112, out. 2016. Disponível em: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/171>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRANDÃO, J.M. **Resiliência**: de que se trata? O conceito e suas imprecisões. 2009. 136p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/TMCB-7WYN7C/3/disserta__o_juliana_mendanha_brand_o.pdf. Acesso em: 09 fev. 2023.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**. v. 21, n. 49, p. 263-271, maio-ago. 2011. Disponível em: www.scielo.br/paideia. Acesso em: 08 fev. 2023.

BRASIL. **Brasil 2050**: desafios de uma nação que envelhece. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara; 2017a. Disponível em: <https://bd.camara.leg.br/bd/handle/bd/camara/31619>. Acesso em: 11 out. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/constituicaoafederalde88.pdf>. Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. **Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020**. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília, DF, 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 27 jun. 2022.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)** Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm. Acesso em: 27 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília, DF, 2006b. 192 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial

sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arte_rial_sistemica_ca_b37.pdf. Acesso em: 26 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação de Hipertensão e Diabetes no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 17p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs//portaldab/documentos/atlas_hipertensao_diabetes.pdf. Acesso em: 30 jun. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017b. 44 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 36 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 56 p. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/subsecretaria-de-articulacao-institucional-e-acoes-tematicas/coordenacao-geral-de-programas-e-acoes-de-saude/acoes-de-saude/politica-nacional-saude-integral-populacao-negra1.pdf>. Acesso em: 27 set. de 2022.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 1º edição. Brasília. Reimpressão em maio de 2010. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf. Acesso em: 16 out. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.395**, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.528** de 19 de outubro de 2006a. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 27 jun. 2022.

BRASIL. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. **SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

CABRAL, U. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. **Agência IBGE Notícias** (*on-line*). 22 jul. 2022. Disponível em: <https://agencia.denoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>. Acesso em: 06 jul. 2023.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, A. A. **Estatuto do Idoso: avanços com contradições**. Texto para Discussão. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1279/1/TD_1840.pdf. Acesso em: 17 out. 2022.

CAMARANO, A. A. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006 (Texto para Discussão, n. 1.179).

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L.; KANSO, S. Diagnóstico e desempenho recente das ações governamentais de proteção social para idosos dependentes no Brasil. *In*: CARDOSO JÚNIOR, J. C. (Org.). **Brasil em desenvolvimento: estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2009. v. 3.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

CAMPOLINA, A. G.; ADAM, F.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

CARDOSO JÚNIOR, J. C.; JACCOUD, L. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005. cap. 5, p. 181-260. Disponível em: http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Cap_5-10.pdf. Acesso em: 05 out. 2021.

CASTILHO, G. G. da C. de; NUNES, I. N. de M. L. Racismo e Envelhecimento da Mulher Negra no Contexto das Desigualdades Sociais no Brasil. X Jornada Internacional Políticas Públicas. (**Anais...**). (*on-line*). [s/l], 16 a 19 nov. 2021. Disponível em:

http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_973_973612d648603d02.pdf. Acesso em: 11 ago. 2023.

CASTRO, J. A.; RIBEIRO, J. A.; CAMPOS, A. G.; MATIJASCIC, M. A CF/88 e as políticas sociais brasileiras. *In*: CARDOSO JÚNIOR, J. C. (Org.). **A Constituição brasileira de 1988 revisitada**: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social. Brasília: IPEA, 2009. v. 1, 291p; p. 55-122.

CAVALCANTE, R. M. F.; DANTAS, D. de S.; ARAÚJO, D. N.; MAGALHÃES, P. A. F.; NEVES, M.T. de S. Contribuições de um Grupo da Terceira Idade para a saúde das Idosas Participantes. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 1, p. 11-18, 2015. DOI:10.4034/RBCS.2015.19.01.02. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/299434484>. <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/15278>. Acesso em: 14 ago. 2023.

COLLINS, P. H. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. Tradução Bianca Santana. **Parágrafo**, v. 5, n. 1, jan./jun. 2017. ISSN: 2317-4919. Disponível em: <https://revistaseletronicas.fiamfaam.br/index.php/recicofi/article/view/559/506>. Acesso em: 24 out. 2022.

COSTA, Karen. Programa cuida de pacientes com doenças crônicas em Jequié. **Revista Eletronica da UESB**. Extensão. (*on-line*) .12 out. 2017. Disponível em: <http://www2.uesb.br/revistaeletronica/programa-cuida-de-pacientes-com-doencas-cronicas-em-jequie/>. Acesso em: 28 set. 2022.

CRENSHAW, K. W. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, 2002), p. 171-188. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5544444/mod_resource/content/2/Crenshaw%20-%20Documento%20para%20especialistas.pdf. Acesso em: 24 out. 2022.

DATASUS. 2017. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSBA.def>. Acesso em: 06 fev. 2023.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa**: teorias e abordagens. Tradução: Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Evolução das políticas públicas à pessoa idosa no Brasil. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 4, p. 413-420. 2018. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/860>. Acesso em: 30 jun. 2021.

DIAS, M.J.S.; SERRA, J. Mulher, Velhice e Solidão: Uma tríade contemporânea. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas-SP, v.17, n.1[25], p. 9-30, jan./jun. 2018. DOI: 10.20396/sss.v17i1.8655190. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8655190/19323>. Acesso em: 06 out. 2021.

DRAIBE, S. As políticas sociais brasileiras: diagnóstico e perspectivas. *In*: IPEA. **Para a década de 90**: prioridades e perspectivas de política públicas. Rio de Janeiro: IPEA, 1990.

DUARTE, C. A. B.; MOREIRA, L. E. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: integralidade e fragilidade em biopolíticas do envelhecimento. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 149-170. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.54631>. Acesso em: 30 jun. 2021.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSENOR, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I.; LOTUFO, P. A.; VIGO, Á.; BARRETO, S. M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 46 Supl. p. 126-134. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017. Acesso em: 20 set. 2021.

ESCOBAR, K. A. A.; MÔURA, F. A. Análise de políticas sociais para idosos no Brasil: um estudo bibliográfico. **Cadernos UniFOA**. Volta Redonda, n. 30, p. 47-55, abr. 2016. e-ISSN: 1982-1816. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/376>. Acesso em: 30 jun. 2021.

FERRARI, R. F. R.; RIBEIRO, D. M. M.; VIDIGAL, F. C.; MARCON, S. S.; BALDISSERA, V. D. A.; CARREIRA, L. Motivos que levaram idosos com hipertensão arterial a procurar atendimento na atenção primária. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 691-700, jul./ago. 2014. ISSN: 1517-3852. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000400017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324032212017.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

FIOCRUZ. **Ministério da Saúde apresenta cenário das doenças não transmissíveis no Brasil**. 22 set. 2021. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/2604-ministerio-da-saude-apresenta-cenario-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil>. Acesso em: 30 set. 2022.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Tradução: RAMALHETE, R. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

GATTIBONI, R. de C. K. A travessia do patriarcado moderno para o feminismo dos 99%. **Coisas do Gênero: Revista de Estudos Feministas em Teologia e Religião**, v. 7, n. 1, p. 138-151. São Leopoldo, v.7 n. 1, p. 138-151, jan.- jun., 2021. Disponível em: <http://revistas.est.edu.br/index.php/genero/article/view/853>. Acesso em: 05 set. 2023.

GOES, E. Interseccionalidade no Brasil, revisitando as que vieram antes. **Observatório de Análise Política em Saúde - OAPS/ISC/UFBA**. Seção: Debates e Pensamentos, 16/10/2019. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/debates-e-pensamentos-interseccionalidade-no-brasil/>. Acesso em: 24 out. 2022.

GOMES, I. C. R.; DAMASCENO, R. O.; NERY, A. A.; FILHO, I. E. M.; VILELA, A. B. A. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. **Rev. baiana enferm.** v. 31, n. 2, e21500, 2017. DOI 10.18471/rbe.v31i2.21500. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/21500-Manuscrito%20no%20template%20padr%C3%A3o%20RBE-78432-1-10-20170713.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Organização: Flavia Rios, Márcia Lima. 1º ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GRABER, R.; PICHON, F.; CARABINE, E. **Psychological resilience State of knowledge and future research agendas**. London: Working Paper 425, Oct. 2015. ISSN (online): 1759-2917. Disponível em: <http://cdn-odi-production.s3.amazonaws.com/media/documents/9872.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2022.

HOLLING, C. S. Resilience and Stability of Ecological Systems. **Annual Review of Ecology and Systematics**, v. 4, p. 1–23. 1973. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.es.04.110173.000245>. Acesso em: 02 nov. 2022.

HOOKS, b. **Não sou eu uma mulher**. Mulheres negras e feminismo. 1º edição. 1981. Tradução livre para a Plataforma Gueto, jan. 2014.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2017. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/houaiss/> Acesso em: 09 fev. 2023.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 08 out. 2022.

KILOMBA, G. **Memórias da Plantação: episódios de racismo cotidiano**. Tradução Jess Oliveira. 1 ed. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019. Disponível em: https://www.ufrb.edu.br/ppgcom/images/MEMORIAS_DA_PLANTACAO_-_EPISODIOS_DE_RAC_1_GRADA.pdf. Acesso em: 27 out. 2022.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 165-180, jan./abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010. Acesso em: 10 set. 2021.

LEAL, H. M. A interseccionalidade como base do feminismo negro. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**. v. 39, n. 2, p. 21-32, 2021. Dossiê II Encontro do GT Filosofia e Gênero. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1517-0128.v39i2p21-32>. Acesso em: 24 out. 2022.

LOBATO, T. C. L.; REIS, D. A.; DANTAS, J. de S.; SOUZA, D. B. M. de; SOUZA, A. D. de; SIQUEIRA, G. G. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos longevos em um município no interior do Amazonas. **Saúdecoletiva**, v. 11, n. 63, p. 5508-5519. 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i63p5508-5519>. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1458/1653>. Acesso em: 23 jun. 2021.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. A vivência do idoso e sua família com a hipertensão arterial. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 12, n. 2, p. 241-248, abr./jun. 2013. DOI: 10.4025/cienc.cuidsaude.v12i2.21745. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/21745/pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

LUTHAR, S. S.; CICCETTI, D.; BECKER, B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. **Child Development**, v. 71, n. 3, p. 543-562, May/Jun. 2000. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/12366925>. Acesso em: 02 nov. 2022.

MACMILLAN DICTIONARY. 2018. Disponível em: <http://www.macmillandictionaryblog.com/resilient>. Acesso em: 09 fev. 2023.

MADEIRA, Z.; GOMES, D. D. de O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 463-479, set./dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.154>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/FmSRPNQZhrqz9mMVWTJnwqP/> Acesso em: 10 jul. 2023.

MALTA, D. C.; ANDRADE, S. S. C. de A.; OLIVEIRA, T. P.; MOURA, L. de; PRADO, R. R. do; SOUZA, M. de F. M. de. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 22, E190030, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190030. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/r7QkT4hR3HmkWrBwZc6bshG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MALTA, D. C.; MOURA, L. de; BERNAL, R. T. I. Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 713-725. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015203.16182014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n3/713-725/pt>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A. da; MOURA, L. de; NETO, O. L. de M. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 20, n. 4, p. 661-675, out./dez. 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700040009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2017.v20n4/661-675/pt>. Acesso em: 23 jun. 2021

MANTOVANI, M. da S.; RIBEIRO, M. C. da P. A influência da comunicação não verbal na interação humana. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, n. 2, p. 1-10, ago./dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v16i2.4474>. Disponível em: <http://periodicos.uninor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4474>. Acesso em: 10 jul. 2023.

MARGAÇA, C.; RODRIGUES, D. Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 31, n. 2, p. 150-157, maio-ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5690>. Acesso em: 08 set. 2023.

MARIN, M. J. S.; SANTANA, F. H. S.; MORACVICK, M. Y. A. D. Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 103-110, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/FdDnfLRsmH78LcGsSrMdddv/?lang=pt#>. Acesso em: 22 jun. 2021.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; PORTES, F. A.; ANDRADE, L.; CAMPOS, L. B. de; GENEROSO, F. K. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 8, n. 2, p. 239-252, ago./set./out.

2019. DOI: 10.17564/2316-3801.2019v8n2p239-252. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/6076/3668>. Acesso em: 06 out. 2021.

MEDEIROS, M. **A trajetória do Welfare State no Brasil**: papel distributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. Brasília: IPEA, 2001 (Texto para Discussão, n. 852). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0852.pdf. Acesso em: 25 set. 2021.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História Oral**: como fazer, como pensar. 2 ed., 6a reimpressão. São Paulo: Contexto, 2018.

MELO, L. A.; BRAGA, L. de C.; LEITE, F. P. P.; BITTAR, B. F.; OSÉAS, J. M. de F.; LIMA, K. C. de. Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e180154, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/WvrXtNmYpyPzp3TBwVwS5Qx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2022.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)795](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)795). Acesso em: 12 maio 2022.

MENDONÇA, F. A. F.; MAGALHÃES, M. T. Q. A palavra é Resiliência. *In*: Congresso Luso-Brasileiro para o Planejamento Urbano, Regional, Integrado e Sustentável, 9 (PLURIS 2021 DIGITAL). Pequenas cidades, grandes desafios, múltiplas oportunidades. [s/l], 07 a 09 abr. 2021. **Paper 887**. Disponível em: <https://pluris2020.faac.unesp.br/Paper887.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2023.

MICHAELIS MODERNO. **Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos. 2017. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/>. Acesso em: 09 fev. 2023.

MORAES, E. L. de; SILVA, L. I. C. da. Feminismo Negro e a Interseccionalidade de Gênero, Raça e Classe. **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 13, p. 58-75, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/CESP/article/view/32989/27666>. Acesso em: 24 out. 2022.

MORGANTE, M. M.; NADER, M. B. O patriarcado nos estudos feministas: um debate teórico. Encontro Regional de História da ANPUH-Rio, 16. **Anais do XVI Encontro Regional de História da Anpuh-Rio: Saberes e práticas científicas**. ISBN 978-85-65957-03-8. 2014. Disponível em: http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1399953465_ARQUIVO_textoANPUH.pdf. Acesso em: 05 set. 2023.

MORIN, E. **O Método 1**. A natureza da natureza. Tradução de Maria Gabriela de Bragança. 2 ed. Portugal: Publicações Europa-América, Lda, 1977.

MOTA, J. L.; SILVA, D. S. da; ALMEIDA, P. S.; SILVA, E. V. da; PILGER, C.; LIMA, L. F. de; LENTSCCK, M. H. Significados da espiritualidade e religiosidade para idosos em sua vida e na pandemia pela COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4,

e39411427511, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27511>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27511/24022>. Acesso em: 11 jul. 2023.

NASCIMENTO, M. R. do. Feminização do Envelhecimento Populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. *In*: WONG, L. L. R. **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade**. Associação Brasileira de Estudos Populacionais-ABEP, p.191-218, 2015. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/livros/article/view/168>. Acesso em: 10 out. 2021.

NEVES, R. G.; DURO, S. M. S.; FLORES, T. R.; NUNES, B. P.; COSTA, C. dos S.; WENDT, A.; WEHRMEISTER, F. C.; TOMASI, E. Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7, e00189915, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00189915. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9VT8yGx34dTJbxyGBmksmdB/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 23 jun. 2021.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, p. 40-53, 2010. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341. Acesso em: 24 out. 2021.

NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. da C. S.; BRITO, D. A. de.; OLIVEIRA, M. L. de. Custos atribuídos a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 44, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7147115/>. Acesso em: 09 dez. 2021.

NUNES, M. G. S.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. de O.; MENDONÇA, S. de S. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1102-1115, out.-dez. 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711509. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tnJvCQZWHxBQkj4zmYrf3cf/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 11 jul. 2023.

OLIVEIRA, A. L.; KAMIMURA, Q. P.; NOGUEIRA, P. S. Resiliência e envelhecimento ativo: estudo qualitativo sobre os fatores de risco e proteção na terceira idade. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 2621-2641, jan./fev. 2021. DOI:10.34119/bjhrv4n1-211. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/24467/19544>. Acesso em: 06 jul. 2021.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C. M. de R.; ALMEIDA, C. M. de; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *In*: The Lancet. Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2011. Rio de Janeiro, Fiocruz, 21 Slides. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39645/Sistema%20de%20sa%c3%bade_Celia%20Almeida_2011.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 20 maio 2021.

PARADELLA, R. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. **Agência IBGE Notícias**. (*on-line*). 01 out. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso: 05 set. 2021.

PAULI, S. **Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil**. 2016. 130 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/143074>. Acesso em: 23 jun. 2021.

PINHEIRO, D. P. N. A Resiliência em Discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a09.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

PRESTES, C. R. S. **Feridas até o coração, erguem-se negras guerreiras Resiliência em mulheres negras: transmissão psíquica e pertencimentos**. 2013. 176 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Work/Downloads/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20C1%C3%A9lia%20Prestes%20-%20Vers%C3%A3o%20final.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2021.

PRESTES, C. R. S.; PAIVA, V. S. F. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 673-688, 2016. DOI 10.1590/S0104-129020162901. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NFKSFWFdfv8pnW8vFR3BzQR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2022.

RABELO, D. F.; SILVA, J. da.; ROCHA, N. M. F. D.; GOMES, H. V.; ARAÚJO, L. F. de. Racismo e envelhecimento da população negra. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, v. 21, n. 3, p. 193-215. 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/44428/29445>. Acesso em: 11 jul. 2023.

RADOVANOVIC, C. A. T.; CECILIO, H. P. M.; MARCON, S. S. Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional da família de indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 45-54, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/cSfhcQR LMYHwPVcdPsSsy3r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.

RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Rev. CEFAC.**, v. 14, n. 1, p. 164-170, jan.-fev. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefa/c/a/tvhH9gHRSnzJVkR76pnm6VL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2023.

RIBEIRO, D. Feminismo Negro para um Novo Marco Civilizatório - Uma perspectiva brasileira. **SUR 24** - v. 13, n. 24, p. 99 – 104, 2016. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/9-sur-24-por-djamila-ribeiro.pdf>. Acesso em: 24 out. 2022.

RIBEIRO, R. J. **Habilidades de resiliência, enfrentamento e autoeficácia como promoção de saúde em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2**. 2017. 155p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília:

UNB, 2017. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24781/1/2017_RosannaJacobinaRibeiro.pdf. Acesso em: 30 out. 2022.

ROCHA, A. S.; PINHO, B. A. T. D.; LIMA, É. N. Hipertensão arterial entre idosos: comparação entre indicadores do Ceará, do Nordeste e do Brasil. **Revista Brasileira Promoção da saúde**, v. 34, 10795, p. 1-8. 2021. DOI: 10.5020/18061230.2021.10795. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/10795/pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

ROMAN, R.; SIVIERO, J. Doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco em mulheres de Guaporé (RS). **Ciência&Saúde**, v. 11, n. 1, p. 25-32, 2018. ISSN: 1983-652X. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2018.1.25909>. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/about/>. Acesso em: 23 jun. 2021.

RUTTER, M. Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. **Ann. N.Y. Acad. Sci.** n. 1094, p. 1–12, 2006. New York Academy of Sciences. DOI: 10.1196/annals.1376.002. Disponível em: http://www.antonioacasella.eu/dnlaw/RUTTER_Resilience_2006.pdf. Acesso em: 02 nov. 2022.

SANSONE, L. Raça. *In*: SANSONE, L.; FURTADO, C. A. (org.). **Dicionário crítico das ciências sociais dos países de fala oficial portuguesa**. Salvador: EDUFBA, 2014. 494 p.

SANTANA, B. de S.; RODRIGUES, B. S.; STIVAL, M. M.; VOLPE, C. R. G. Hipertensão arterial em idosos acompanhados na atenção primária: perfil e fatores associados. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, e20180322, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/yG9xkGYb7zCn78R8znRGnQS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2021.

SANTOS JÚNIOR, E. B. dos; NUNES, V. M. de A.; SILVA, R. A. R. da; ARAÚJO, M. F. S.; RODRIGUES, H. D. da S.; FERREIRA, C. M. F. Associação entre atividade física, hipertensão arterial e diabetes mellitus em idosos frequentadores de centros de convivência. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 15, n. 2, p. 50-55, abr.-jun. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/5674>. Acesso em: 13 ago. 2023.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. - São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Prevalência e fatores associados à hipertensão em idosos de um serviço de atenção primária. **REFACS Revista Família Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, maio 2018, Suplemento 1. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i0.2898>. Acesso em: 23 jun. 2021.

SANTOS, N. F.; SILVA, M. R. F. As Políticas Públicas voltadas ao Idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. *Revista FSA*, Teresina, PI, v. 10, n. 2, art. 20, p. 358-371, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/130/97> Acesso em: 28 set. 2021.

SATO, T. O.; FERMIANO, N. T. C.; BATISTÃO, M. V.; MOCCELLIN, A. S.; DRIUSSO, P.; MASCARENHAS, S. H. Z. Doenças crônicas não transmissíveis em usuários de Unidades de Saúde da Família – prevalência, perfil demográfico, utilização de serviços de saúde e

necessidades clínicas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. [S. l.] v. 21, n. 1, p. 35-42, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883138/doencas-cronicas-nao-transmissiveis.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2021.

SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Alerta Vermelho para o Coração da Mulher. **Portal Cardio** (*on-line*). 11 out. 2019. Disponível em: <https://www.portal.cardiol.br/post/alerta-vermelho-para-o-cora%C3%A7%C3%A3o-da-mulher>. Acesso em: 08 maio 2023.

SBGG - SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). Brasil ultrapassa 100 mil óbitos por COVID-19 – idosos são 75% das vítimas. **SBGG**, 2020. Disponível em: <https://sbgg.org.br/brasil-ultrapassa-100-mil-obitos-por-covid-19-idosos-sao-75-das-vitimas/>. Acesso em: 08 dez. 2020.

SILVA, A.; DAL PRÁ, K. R. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. **Argumentum**, Vitória, ES, v. 6, n. 1, p. 99-115, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/7382/5754%20/>. Acesso em: 10 set. 2021.

SILVA, E. A. P. C. da; SILVA, P. P. C. da.; MOURA, P. V. de; SANTOS, A. R. M. dos; DABBICCO, P.; AZEVEDO, A. M. P.; FREITAS, C. M. S. M. de. Resiliência e saúde: uma análise da qualidade de vida em idosos. **ConScientiae Saúde**, v. 11, n. 1, p. 111-118, 2012. DOI:10.5585/ConsSaude.v11n1.2709. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/929/92923617015.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021.

SILVA, J. V. F. da; SILVA, E. C. da; RODRIGUES, A. P. R. A.; MIYAZAWA, A. P. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, AL, v. 2, n. 3, p. 91-100, maio 2015b. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/2079>. Acesso em: 10 set. 2021.

SILVA JÚNIOR, E. G. da; EULÁLIO, M. do C.; SOUTO, R. Q.; SANTOS, K. de L.; MELO, R. L. P. de.; LACERDA, A. R. A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 7-16, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/46r8zgKPzJZ978rsS4pj4bj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 jun. 2021.

SILVA, L. W. S. da. Resiliência de mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. 95- 110, 2020. ISSNprint 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP.

SILVA, L. W. S. da; BOTELHO, Z. S.; BARROS, F. L.; RODRIGUES, L. S. de A. Redescobertas corporal e resiliência na meia-idade: um estudo com mulheres em convivibilidade com doenças crônicas. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 20, n. 3, p. 290-312, set./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.14393/REP-2021-59711>. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/59711>. Acesso em: 30 maio 2022.

SILVA, L. W. S. da; DIAS, G. A.; SILVA, N. M. da; ARAÚJO, C. M. O. de; SANTOS, K. B. M.; CRUZ, A. C. da; SOUZA, L. G. de; BATISTA, E. B.; CHAVES, Í. de O.; JÚNIOR, L. da S. R.; NASCIMENTO, T. R.; ALVES, L. F. S.; BOTELHO, Z. S.; BARROS, F. L.; VIEIRA, T. S.; PRATES, W. A. dos S.; MELLO, T. F.; SILVA, D. S. da. Cuidados às pessoas idosas por meio de ferramentas digitais, em período de isolamento social decorrente do COVID-19.

Revista Kairós-Gerontologia, São Paulo, SP, FACHS/NEPE/PUC-SP, v. 23, Número Temático Especial 28, “COVID-19 e Envelhecimento”, p. 117-139. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23iEspecial28p117-139>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/51067/33769>. Acesso em: 26 ago. 2023.

SILVA, L. W. S. da; SILVA, D. M. G. V. da; SILVA, D. S. da; LODOVICI, F. M. M. A resiliência como constructo à práxis da enfermagem: inquietações reflexivas. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, SP, v. 18, n. 4, p. 101-115, out./dez. 2015a. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/27067>. Acesso em: 15 set. 2021.

SILVA, L. W. S. da; SOUZA, F. G.; SQUARCINI, C. F. R.; SILVA, J. S.; OLIVEIRA, V. M. G.; RIBEIRO, V. S.; GONÇALVES, D. F.; ARAÚJO, G. S. Resiliência: potencialidade às capacidades de proteção das pessoas sob-risco de neuropatia diabética. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1210-1228, 2015c. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2900/2604>. Acesso em: 26 ago. 2023.

SILVA, T. S. S.; BOMFIM, C. A.; LEITE, T. C. R.; MOURA, C. S.; BELO, N. de O.; TOMAZI, L. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 376-383. 2016. DOI: 10.1590/1414-462X201600030068. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/kZ8JxT8mdChs4NnmLvmYdyN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

SODRÉ, M. **Antropologia do espelho: uma teoria da comunicação linear e em rede**/Muniz Sodré. 5.ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. ISBN 978-58-326-2684-4

TORRES, K. R. B. de O.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L.; CALDAS, C. P. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e300113, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300113>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/XqzFgPPbgmsKyJxFPBWgB3K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2021.

TUZZO, S. A.; BRAGA, C. F. O Processo de Triangulação da Pesquisa Qualitativa: o metafenômeno como gênese. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, SP, v. 4, n. 5, p. 140-158, ago. 2016. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/38>. Acesso em: 10 out. 2021.

VASCONCELOS, A. de O.; BATISTA, V. C.; BACK, I. R.; MIGUEL, M. E. G. B.; MARQUETE, V. F.; MARCON, S. S. Avaliação da Resiliência de Pessoas com Condições Crônicas e Cuidadores. **Rev Enferm UFPE (on line)**, Recife, v. 13, n. 3, 690-696, mar. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/239188>. Acesso em: 21 jun. 2021.

VIEIRA, C. P. de B.; NASCIMENTO, J. de J. do; BARROS, S. S.; LUZ, M. H. B. A.; VALLE, A. R. M. da C. Prevalência referida, fatores de risco e controle da hipertensão arterial em idosos. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 15, n. 3, p. 413-420, jul./set. 2016. DOI: 10.4025/ciencu.idsaude.v15i3.28792. Acesso em: 23 jun. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 04 out. 2022.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 8, n. esp., p. 75-84. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

ZANDAVALLI, R. B.; SILVEIRA, J. B. dos S. da; BUENO, R. M.; SANTOS, D. T. dos; FILHO, E. D. de C.; MOSQUEIRO, B. P. Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. (*on-line*) Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, 2213, jan.-dez. 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2213>. Acesso em: 08 set. 2023.

ZATTAR, L. C.; BOING, A. F.; GIEHL, M. W. C.; D'ORSI, E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p.507-521, mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FnK4DK7p3SQYt6rrgrSbzs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 jun. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE 01 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

CARO(A) SENHOR(A),

Este documento é um CONVITE ao(à) Senhor(a) (ou à pessoa pela qual o(a) Sr.(a) é responsável) para participar da pesquisa abaixo descrita. Por favor, leia atentamente todas as informações abaixo e, se você estiver de acordo, rubrique as primeiras páginas e assine a última, na linha “Assinatura do participante”.

1. QUEM SÃO AS PESSOAS RESPONSÁVEIS POR ESTA PESQUISA?

1.1. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Eulina Patricia Oliveira Ramos Pires

1.2. ORIENTADOR/ORIENTANDO: Luzia Wilma Santana da Silva

2. QUAL O NOME DESTA PESQUISA, POR QUE E PARA QUE ELA ESTÁ SENDO FEITA?

2.1. TÍTULO DA PESQUISA

A mulher negra na velhice e os desvios de saúde: reverses nas relações sociofamiliar, sistema público de saúde e o direito a dignidade humana.

2.2. POR QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Justificativa):

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre as relações étnicas e as questões do envelhecimento humano, apoiado na vivência profissional de educadora-cuidadora, no cuidado humano interdisciplinar à saúde de mulheres-idosas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diante dos muitos enfrentamentos e dificuldades apresentadas no contexto do sistema de saúde atual. O estudo pretende ser um instrumento para contribuição às políticas públicas à saúde da população, em especial as mulheres negras com DCNT

2.3. PARA QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Objetivos):

Esta pesquisa tem como objetivo:

Conhecer a história de idosas negras com hipertensão arterial sistêmica nos cuidados do meio de pertencimento sociofamiliar e sistema público de saúde.

3. O QUE VOCÊ (OU O INDIVÍDUO SOB SUA RESPONSABILIDADE) TERÁ QUE FAZER? ONDE E QUANDO ISSO ACONTECERÁ? QUANTO TEMPO LEVARÁ? (Procedimentos Metodológicos)

3.1 O QUE SERÁ FEITO:

Serão feitas perguntas através de um questionário sobre dados sociodemográficos e de sua saúde. Será agendado segundo à sua disponibilidade.

Também será realizada uma entrevista com a senhora, que poderá ser realizada após responder ao questionário, caso a senhora sinta-se disposta para respondê-la ou reagendaremos outro momento em que

Seja
conscien
te: ao
imprimi
este
docume
nto, se
necessár
io, use a
frente e
o verso
do
papel. :)

Página 1

tenha disponibilidade, servirá para mais bem conhecer sua condição de saúde no enfrentamento com as doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial-Sistêmica.

Solicitarei sua autorização para uso de um aparelho de gravação de voz. Este aparelho servirá para gravar a entrevista de modo que seja registrada sua fala, que é muito importante para o estudo. O aparelho será colocado a distância segura de modo a captar o som para a gravação. Essa gravação será muito útil para que eu pesquisadora possa registrar toda sua fala.

3.2 ONDE E QUANDO FAREMOS ISSO:

Prefencialmente tanto o questionário quanto a entrevista pretende ser realizado no ambiente das atividades do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivência com Doenças Crônicas (Niefam), na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, no horário que a senhora chega e enquanto aguarda o início das atividades, mas poderão ser realizados em outro ambiente caso a senhora tenha preferência, como a sua casa.

Será em local aberto e arejado, em observância aos cuidados protetivos da Covid-19, na atenção de sua idade e de ser uma pessoa com doença crônica o que lhe coloca em risco maior em relação às demais pessoas de nossa população, mesmo que a Covid-19 esteja sobre controle.

Primeiramente comprovaremos de que a senhora está vacinada com pelo menos três doses contra a Covid-19, eu pesquisadora estarei usando máscara N95 e álcool em gel a 70% sempre que necessário, e a senhora usando máscara do tipo cirúrgica ou N95 ou tecido e álcool em gel a 70% sempre que necessário.

Farei isso assim que o projeto de pesquisa esteja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

3.3 QUANTO TEMPO DURARÁ CADA SESSÃO:

O questionário durará de 20 a 30 minutos.

A entrevista durará 30 a 40 minutos podendo variar, o objetivo é que não se torne cansativo para a senhora.

Seja
conscien-
te: ao
imprimir
este
docume-
nto, se
necessár-
io, use a
frente e
o verso
do
papel. :)

4. HÁ ALGUM RISCO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA?

Segundo as normas que tratam da ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, sempre há riscos em participar de pesquisas científicas. No caso desta pesquisa, classificamos o risco como sendo

MÍNIMO

MODERADO

ALTO

4.1 NA VERDADE, O QUE PODE ACONTECER É: (detalhamento dos riscos)

Que a senhora ao responder questões sensíveis sobre sua saúde no controle e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, suas relações sociofamiliar, com o serviço de saúde e ainda sobre acesso a bens e serviços possa revelar sentimentos que podem possibilitar constrangimento, desconforto, vergonha e medo referente a sua identificação no estudo, também pode apresentar cansaço ao responder ao questionário e a entrevista.

4.2 MAS PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA, FAREMOS O SEGUINTE: (meios de evitar/minimizar os riscos):

As pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados da pesquisa e tomarão todas as providências necessárias para manter a sua identificação em sigilo e caso haja a possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, as consequências serão tratadas conforme a lei vigente no Brasil. Os resultados deste trabalho serão apresentados ao Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, e poderão ser

apresentados em encontros ou revistas científicas nacional ou internacional mostrando apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Trabalharemos cuidadosamente as questões do questionário e da entrevista para que o seu tempo ao respondê-los não lhe cause cansaço. Referente a sentimentos desconfortantes que possam advir da pesquisa buscaremos trabalhar os valores de confiança e respeito, princípios que poderão contribuir a evitar a ocorrência destes.

5. O QUE É QUE ESTA PESQUISA TRARÁ DE BOM? (Benefícios da pesquisa)

5.1 BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa):

A pesquisa não trará benefícios diretos, mas é esperado que através dos seus resultados em tempo futuro possa contribuir aos cuidados à saúde das mulheres, na Atenção Básica em Saúde, em um cuidado alicerçado em conhecimentos étnico-racial e nas especificidades das mulheres negras em situação de vulnerabilidade por desvio de saúde.

5.2 BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...):

A pesquisa poderá apresentar importantes contribuições para a ampliação do conhecimento sobre as Relações Étnicas, sobretudo no campo do envelhecimento humano, buscando despertar um olhar mais aguçado a necessidade de cuidado interdisciplinar as mulheres-idosas com doenças crônicas, de forma a contribuir com atitudes mais positivas a resiliência no enfrentamento as vicissitudes desencadeadas ao seu processo de viver humano, frente aos desafios no contexto do sistema de saúde atual.

6. MAIS ALGUMAS COISAS QUE O(A) SENHOR(A) PODE QUERER SABER (Direitos dos participantes):

6.1. Recebe-se dinheiro ou é necessário pagar para participar da pesquisa?

R: Nenhum dos dois. A participação na pesquisa é voluntária.

6.2. Mas e se acabarmos gastando dinheiro só para participar da pesquisa?

R: O pesquisador responsável precisará ressarcir estes custos.

6.3. E se ocorrer algum problema durante ou depois da participação?

R: Você pode solicitar assistência imediata e integral e ainda indenização ao pesquisador e à universidade.

6.4. É obrigatório fazer tudo o que o pesquisador mandar? (Responder questionário, participar de entrevista, dinâmica, exame...)

R: Não. Só se precisa participar daquilo em que se sentir confortável a fazer.

6.5. Dá pra desistir de participar no meio da pesquisa?

R: Sim. Em qualquer momento. É só avisar ao pesquisador.

6.6. Há algum problema ou prejuízo em desistir?

R: Nenhum.

6.7. Os participantes não ficam expostos publicamente?

R: Não. A privacidade é garantida. Os dados podem ser publicados ou apresentados em eventos, mas o nome e a imagem dos voluntários são sigilosos e, portanto, só serão conhecidos pelos pesquisadores.

6.8. Depois de apresentados ou publicados, o que acontecerá com os dados e com os materiais coletados?

R: Serão arquivadas por 5 anos com o pesquisador e depois destruídas.

6.9. Qual a "lei" que fala sobre os direitos do participante de uma pesquisa?

R: São, principalmente, duas normas do Conselho Nacional de Saúde: a Resolução CNS 466/2012 e a 510/2016. Ambas podem ser encontradas facilmente na internet.

6.10. E se eu precisar tirar dúvidas ou falar com alguém sobre algo acerca da pesquisa?

Seja
conscien
te: ao
imprimir
este
docume
nto, se
necessár
io, use a
frente e
o verso
do
papel. :)

Página 3

R: Entre em contato com o(a) pesquisador(a) responsável ou com o Comitê de ética. Os meios de contato estão listados no ponto 7 deste documento.

7. CONTATOS IMPORTANTES:

Pesquisador(a) Responsável: Eulina Patricia Oliveira Ramos Pires
 Endereço: Av. José Moreira Sobrinho, s/n - Jequiezinho, Jequié - BA, 45205-490
 Fone: (73) 3528-9600/ E-mail: eulinapires@uesb.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB)
 Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequiezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.
 Fone: (73) 3528-9727 / E-mail: cepjq@uesb.edu.br
 Horário de funcionamento: Segunda à sexta-feira, das 08:00 às 18:00

8. CLÁUSULA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Concordância do participante ou do seu responsável)

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e concordo

- em participar do presente estudo;
 com a participação da pessoa pela qual sou responsável.

Ademais, confirmo ter recebido uma via deste termo de consentimento e asseguro que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Jequié, _____ de _____ de _____.

Seja
conscien
te: ao
imprimir
este
docume
nto, se
necessár
io, use a
frente e
o verso
do
papéis. :)

9. CLÁUSULA DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaro estar ciente de todos os deveres que me competem e de todos os direitos assegurados aos participantes e seus responsáveis, previstos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, bem como na Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Asseguro ter feito todos os esclarecimentos pertinentes aos voluntários de forma prévia à sua participação e ratifico que o início da coleta de dados dar-se-á apenas após prestadas as assinaturas no presente documento e aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, competente.

Jequié, _____ de _____ de _____.

Página 4

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié
 (73) 3528-9727 | cepjq@uesb.edu.br

Rubricas:

Assinatura do(a) pesquisador

Seja
conscien
te: ao
imprimir
este
docume
nto, se
necessár
io, use a
frente e
o verso
do
papel. :)

Página 5

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié
(73) 3528-9727 | cepjq@uesb.edu.br

Rubricas:

APÊNDICE 02 - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSOS PARA PESQUISAS COM SERES HUMANOS

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSOS PARA PESQUISAS COM SERES HUMANOS

(Aprovado em reunião plenária do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB em 14/02/2020)

TÍTULO DA PESQUISA: A mulher negra na velhice e os desvios de saúde: reverses nas relações sociofamiliar, sistema público de saúde e o direito a dignidade humana.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Eulina Patrícia Oliveira Ramos Pires

O pesquisador responsável pela estudo supracitado, seu(sua) orientador(a)/orientando(a), bem como os eventuais outros membros e assistentes da pesquisa, DECLARAM ESTAR CIENTES DE QUE LHES SÃO INAFASTÁVEIS A OBSERVÂNCIA E O CUMPRIMENTO de todas as responsabilidades previstas nos princípios e normas estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, nas Resoluções nº 466/2012 e nº. 510/2016, na Norma Operacional nº 001/2013, bem como nas demais legislações atinentes à ética em pesquisa com seres humanos, cujos principais termos estão abaixo explicitados:

TÍTULO 1 Compromisso Geral

- I. Cumprir os requisitos da Resolução CNS Nº 466/2012 e da Resolução 510/2016 (nas pesquisas de ciências humanas e sociais) e suas complementares;
- II. Utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo;
- III. Publicar os resultados da pesquisa, quando de sua conclusão, independentemente de serem eles favoráveis ou não;
- IV. Conduzir o estudo de acordo com o protocolo, observando e salvaguardando os princípios éticos cabíveis, as Boas Práticas Clínicas e as Boas Práticas de Laboratório;
- V. Conduzir e supervisionar pessoalmente as pesquisas clínicas;
- VI. Informar ao patrocinador do estudo, ao Comitê de Ética em Pesquisa e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre os eventos adversos graves que venham a ocorrer durante o desenvolvimento da pesquisa.
- VII. Iniciar a coleta de dados somente após obter as aprovações necessárias por parte do CEP/UESB e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando for o caso;
- VIII. No caso de submissão de projeto da modalidade "Relato de Caso", mesmo com a coleta de dados já tendo sido iniciada, divulgar estes dados somente após a aprovação do CEP/UESB;
- IX. Estar devidamente cadastrado na Plataforma Brasil.

TÍTULO 2 Compromissos Financeiro e Orçamentário

- I. Não haverá pagamentos ao participante da pesquisa por conta da sua participação;
 - a) Admite-se, entretanto, o ressarcimento de despesas relacionadas à sua participação no estudo, se necessário, tais como despesas com transporte e alimentação;
- II. Nenhum exame ou procedimento realizado em função da pesquisa pode ser cobrado do participante, do seu responsável ou do agente pagador de sua assistência (no caso de pesquisas clínicas), devendo o pesquisador ou o patrocinador do estudo cobrir tais expensas;
- III. O duplo pagamento pelos procedimentos não pode ocorrer, especialmente envolvendo gasto público não autorizado (pelo SUS);



- IV. A Instituição proponente, as participantes, as coparticipantes e aquelas que figurarem como campo de coleta de dados devem ter conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias;
- V. O A remuneração do pesquisador deve constar como item específico de despesa no orçamento da pesquisa;
- a) Este pagamento nunca pode ser de tal monta que induza o pesquisador a provocar alteração da relação riscos/benefícios para os participantes.

TÍTULO 3

Compromisso de Indenização

- I. É garantido aos participantes da pesquisa (e aos seus responsáveis ou acompanhantes, quando cabível) o direito à indenização (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, seja na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano;
- II. Sob hipótese alguma será exigida dos participantes da pesquisa a renúncia ao direito à indenização.

TÍTULO 4

Compromisso Metodológico

- I. Toda a pesquisa envolvendo seres humanos produz riscos. Destarte, serão admissíveis apenas as pesquisas nas quais o risco seja justificado em relação ao benefício esperado. (Resolução CNS Nº 466/2012 – V. I.a);
- II. É eticamente inútil, -e, portanto, inaceitável-, a pesquisa cujo projeto seja inadequado do ponto de vista metodológico;
- III. O arquivo contendo a íntegra do projeto de pesquisa deve, em especial, delinear, claramente, os critérios de inclusão e exclusão referentes ao estudo; descrever, detalhadamente, a metodologia a ser utilizada e informar, de forma adequada e atualizada, a lista de referências bibliográficas utilizada.

TÍTULO 5

Compromisso Documental

- I. É imprescindível entregar, ao CEP/UESB e, quando cabível, à CONEP, relatórios parciais (no mínimo semestrais) e finais da pesquisa, bem como notificações de eventos adversos sérios e imprevistos que venham a ocorrer durante o andamento do estudo.
- II. Cabe ao pesquisador acompanhar todos os trâmites de seu projeto na Plataforma Brasil, independentemente de qualquer mensagem enviada pelo sistema.

Jequié, 22 de fevereiro de 2023.

ASSINATURAS

Pesquisador Responsável:

Adriana Brito de Souza Barros

Orientador(a)/Orientando(a):
Luzia Wilma Santana da Silva

Luzia Wilma Santana da Silva

Rubricas:

Luzia Wilma Santana da Silva

APÊNDICE 03 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES ÉTNICAS
E CONTEMPORANEIDADE – PPGREC
ÓRGÃO DE EDUCAÇÃO E RELAÇÕES ÉTNICAS - ODEERE



QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Prezada participante,

Este instrumento é um questionário sociodemográfico e de saúde da pesquisa: “A mulher negra na velhice e os desvios de saúde: reveses nas relações sociofamiliar, sistema público de saúde e o direito a dignidade humana”, o tempo para respondê-lo é de aproximadamente 30 minutos. A senhora irá responder à medida que eu for perguntando.

Desde já meus agradecimentos por sua participação na pesquisa.

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE:

Identificação:

Nome: _____

Idade: _____ anos

Autodeclaração de raça: () Preta () Parda () Outra _____

Estado civil: () Casada () Solteira () Viúva () Divorciada

() Outro _____

Número de filhos: () Nenhum () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais

Religião: _____

Praticante: () Não () Sim () Às vezes Quanto tempo:

Profissão atual: _____

Profissão anterior: _____

Aposentada: () Não () Sim Tempo: _____

Renda individual:	() até 1 salário mínimo	() de 2 a 4 salários	() mais de 5 salários
-------------------	--------------------------	-----------------------	------------------------

Renda familiar:	() de 1 a 2 salários	() de 3 a 5 salários	() mais de 6 salários
-----------------	-----------------------	-----------------------	------------------------

Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Alfabetizado sem escolarização
	<input type="checkbox"/> Fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Fundamental completo
	<input type="checkbox"/> Médio incompleto	<input type="checkbox"/> Médio completo
	<input type="checkbox"/> Superior incompleto	<input type="checkbox"/> Superior completo
	<input type="checkbox"/> Pós-graduação	

Mora com:	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Cônjuge e filho(s)	<input type="checkbox"/> Filho(s)
	<input type="checkbox"/> Sozinha	<input type="checkbox"/> Outro Especifique _____	

Tabagismo e etilismo

Fuma:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Já fumou
Se sim, fuma há quanto tempo:	<input type="checkbox"/> Alguns meses <input type="checkbox"/> 11 a 15 anos	<input type="checkbox"/> 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> Mais de 16 anos	<input type="checkbox"/> 6 a 10 anos
Cigarros por dia:	<input type="checkbox"/> 5 a 10 <input type="checkbox"/> 2 ou mais carteiras	<input type="checkbox"/> mais de 10	<input type="checkbox"/> 1 carteira
Se já fumou, tempo que parou:	<input type="checkbox"/> Alguns meses <input type="checkbox"/> 11 a 15 anos	<input type="checkbox"/> 1 a 10 anos <input type="checkbox"/> Mais de 16 anos	<input type="checkbox"/> 6 a 10 anos
Bebida alcoólica:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Já bebeu
Se sim, frequência:	<input type="checkbox"/> Esporadicamente	<input type="checkbox"/> Finais de semana	<input type="checkbox"/> Todo dia

Doenças diagnosticadas e tempo de diagnóstico:

<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus tipo II
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Osteoartrose ou Artrose
<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Artrite Reumatoide
<input type="checkbox"/> Hérnia de Disco	<input type="checkbox"/> AVE – Derrame
<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Câncer - Especifique.
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Espondilite Anquilosante
<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Alteração visual _____	<input type="checkbox"/> Febre reumática _____
<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme _____	<input type="checkbox"/> Outra(s) _____

Tratamento farmacológico para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS):

Hidroclorotiazida:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Captopril:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Atenolol:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
ASS:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Furosemida:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Espironolactona:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Anlodipino:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +

Nifedipino:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Propranolol:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Carvedilol:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Clonidina:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Hidralazina:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Losartana:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +

Outros: _____

Tratamento farmacológico para Diabetes tipo 2 (DM2):

Glibenclamida/Daonil:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Metformina/Glifage/Glucoformina	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Glicazida/Diamicron:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Glimepirida:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Pioglitazona (Gliozac, Piotaz, Pioglit, etc.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Acarbose (Aglucose, Glucobay)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Repaglinida (Prandin, Posprand, etc.)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Insulina NPH:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Insulina Regular:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +
Mistura (2 tipos de aplicação):	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1X	<input type="checkbox"/> 2X	<input type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> 4X ou +

Outros: _____

Complicações e limitações associadas às doenças

Não Sim Quais? _____

APÊNDICE 04 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES ÉTNICAS
 E CONTEMPORANEIDADE – PPGREC
 ÓRGÃO DE EDUCAÇÃO E RELAÇÕES ÉTNICAS - ODEERE



QUESTÕES NORTEADORAS

Este é um estudo sobre “A mulher negra na velhice e os desvios de saúde: reveses nas relações sociofamiliar, sistema público de saúde e o direito a dignidade humana”, uma pesquisa de dissertação de mestrado realizada por mim Eulina Patrícia Oliveira Ramos Pires sob a orientação da Profª Drª Luzia Wilma Santana da Silva do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Pedimos a sua colaboração, respondendo as perguntas:

Desde já muito obrigada por sua participação!

ROTEIRO DE ENTREVISTA TEMÁTICA

- 1- Fale sobre sua vida de como é ser mulher para a senhora/você?
- 2- Fale sobre ser mulher em envelhecimento.
- 3- Fale sobre ser mulher negra ou ‘parda’.
- 4- A senhora/você está satisfeita com a sua vida?
- 5- O que a senhora/você percebe do seu futuro?
- 6- Como a senhora/você considera o seu ambiente de relação familiar?
- 7- Tem sentimento de pertencimento quanto sua etnia/raça e cultura no seu ambiente de relação familiar (relação étnico-racial)?
- 8- Tem algum ambiente ou grupos de pessoas em que a senhora/você se senti pertencer? Fale sobre isso.
- 9- A senhora/você participa do NIEFAM, então, tem sentimento de pertencimento neste núcleo?

- 10- A senhora/você prefere ficar em casa ou sair para se integrar com outras pessoas?
- 11- Em relação a sua saúde, como a doença ou doenças afetam sua vida?
- 12- Como foi a descoberta do diagnóstico da doença para senhora/você?
- 13- Como a senhora/você lida com a HAS?
- 14- Se tem outras DCNT, como lida com elas?
- 15- A senhora/você procura o serviço da unidade de saúde de seu bairro ou outras unidades?
Fale como se senti no atendimento recebido por estes serviços.
- 16- Quais estratégias de cuidado a senhora/você utiliza para o cuidado de sua saúde para além dos medicamentos?
- 17- Como a senhora/você se sente para realizar as suas atividades do dia a dia?
- 18- Devido ao seu problema de saúde, a senhora/você se acha uma pessoa forte, que sabe enfrentar a doença ou tem dificuldades? Fale como se senti.
- 19- Já ouviu falar sobre pessoas que são ‘guerreiras’ ao enfrentar doenças crônicas como a sua e que essas pessoas conseguem administrar a doença de forma positiva? A gente chama essas pessoas de resilientes. A senhora como administra os cuidados com a doença que tem?
- 20- Gostaria de falar sobre algo que eu não lhe perguntei? Será com prazer que eu lhe escutarei.

ANEXO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A MULHER NEGRA NA VELHICE E OS DESVIOS DE SAÚDE: REVESES NAS RELAÇÕES SOCIOFAMILIAR, SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE E O DIREITO ADIGNIDADE HUMANA

Pesquisador: Eulina Patrícia Oliveira Ramos Pires

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67743923.8.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

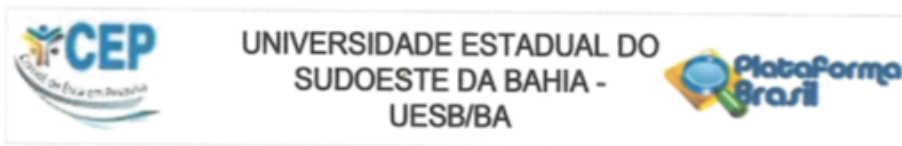
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.049.627

Apresentação do Projeto:

Segundo as pesquisadoras: "Esta pesquisa tem como objetivo geral conhecer a história de idosas negras com hipertensão arterial sistêmica nos cuidados do meio de pertencimento sociofamiliar e sistema público de saúde, tendo como objetivos específicos: i) avaliar o impacto da doença crônica, hipertensão arterial sistêmica, no envelhecimento de mulheres negras; ii) verificar nas narrativas de mulheres negras, as percepções de pertencimento sociofamiliar e sistema público de saúde sobre o processo de viver-envelhecer com doença crônica e, iii) identificar nas narrativas de mulheres negras se o sentimento de pertencimento, sociofamiliar e sistema público de saúde, corroboram ao envelhecimento com capacidades positivas - a resiliência, ou injúria da doença. O referencial teórico percorre saberes sobre as temáticas relações étnico-raciais, mulher, políticas públicas no cenário nacional às pessoas negras, questões de gênero na transversalidade com Doenças Crônicas não Transmissíveis que impactam o envelhecimento humano, e destes lançar luz sobre os saberes da resiliência. De metodologia qualitativa na linha de raciocínio da História Oral, terá como cenário o Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas (NIEFAM), vinculado ao Departamento de Saúde II, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, e deste as mulheres negras em enfrentamento por doenças crônicas que forem anuentes a pesquisa. Serão os instrumentos um questionário e uma entrevista semiestruturada. Os dados serão analisados segundo orientações dadas por Meihy e

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequiézinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIÉ
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjo@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 6.049.627

Holanda - análise da História Oral. A coleta de dados acontecerá somente após a aprovação do projeto pelo CEP/UESB, e com a anuência das participantes por meio de assinatura do TCLE. Pretende ter uma amostra de 10 (dez) participantes, o que será definido pela saturação dos dados."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a história de idosas negras com hipertensão arterial sistêmica nos cuidados do meio de pertencimento sociofamiliar e sistema público de saúde.

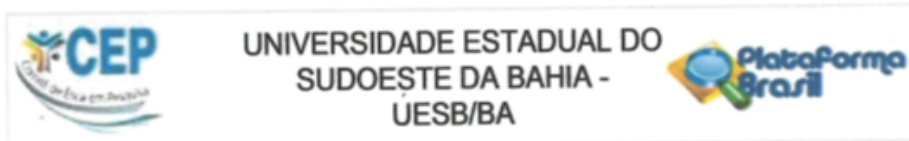
Objetivo Secundário: Avaliar o impacto da doença crônica, hipertensão arterial sistêmica, no envelhecimento de mulheres negras. Verificar nas narrativas de mulheres negras, as percepções de pertencimento sociofamiliar e sistema público de saúde sobre o processo de viver envelhecer com doença crônica. Identificar nas narrativas de mulheres negras se o sentimento de pertencimento, sociofamiliar e sistema público de saúde, corroboram ao envelhecimento com capacidades positivas - a resiliência, ou injúria da doença.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo as pesquisadoras, "Que a senhora ao responder questões sensíveis sobre sua saúde no controle e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, suas relações sociofamiliar, com o serviço de saúde e ainda sobre acesso a bens e serviços possa revelar sentimentos que podem possibilitar constrangimento, desconforto, vergonha e medo referente a sua identificação no estudo, também pode apresentar cansaço ao responder ao questionário e a entrevista."

Benefícios: Segundo as pesquisadoras: "BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa): A pesquisa não trará benefícios diretos, mas é esperado que através dos seus resultados em tempo futuro possa contribuir aos cuidados à saúde das mulheres, na Atenção Básica em Saúde, em um cuidado alicerçados em conhecimentos étnico-racial e nas especificidades das mulheres negras em situação vulnerabilidade por desvio de saúde, em destaque a questões como de classe e gênero e etnia. BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...): A pesquisa poderá apresentar importantes contribuições para a ampliação do conhecimento sobre as Relações

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
 Bairro: Jequiázinho CEP: 45.206-510
 UF: BA Município: JEQUIE
 Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 6.049.627

Étnicas, sobretudo no campo do envelhecimento humano, buscando despertar um olhar mais aguçado a necessidade de cuidado interdisciplinar as mulheres-idosas com doenças crônicas, de forma a contribuir com atitudes mais positivas a resiliência no enfrentamento as vicissitudes desencadeadas ao seu processo de viver humano, frente aos desafios no contexto do sistema de saúde atual."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação, Mestrado Acadêmico, em Relações Étnicas e Contemporaneidade-PPGREC

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos:

- 1) PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2096211.pdf - postado em 03/05/2023 17:55:11
- 2) TCLE_novo.pdf - postado em 05/04/2023 09:42:34
- 3) Compromisso_Geral.pdf - postado em 02/03/2023 09:41:21
- 4) Projeto.pdf - postado em 02/03/2023 09:39:51
- 5) Folha_de_rosto.PDF - postado em 02/03/2023 09:34:03

Recomendações:

Recomenda- se fazer uma revisão ortográfica e gramatical nos textos, especialmente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa não apresenta pendências éticas.

A pesquisadora deverá se atentar para a seguinte solicitação:

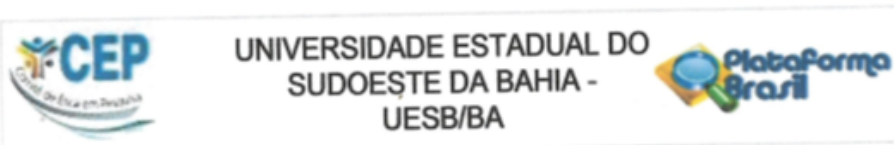
1) Relatórios:

Durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2, alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V).

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião por videoconferência, autorizada pela CONEP, a plenária deste CEP/UESB autorizou a

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
 Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
 UF: BA Município: JEQUIE
 Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 6.049.627

liberação do parecer do relator por ad referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2096211.pdf	03/05/2023 17:55:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.pdf	05/04/2023 09:42:34	Eulina Patricia Oliveira Ramos Pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso_Geral.pdf	02/03/2023 09:41:21	Eulina Patricia Oliveira Ramos Pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	02/03/2023 09:39:51	Eulina Patricia Oliveira Ramos Pires	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.PDF	02/03/2023 09:34:03	Eulina Patricia Oliveira Ramos Pires	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 09 de Maio de 2023

Assinado por:
Leandra Eugenia Gomes de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
 Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
 UF: BA Município: JEQUIE
 Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepjq@uesb.edu.br