

ANNA PAULA RODRIGUES DOS SANTOS

ESTILOS DE VIDA E ASPECTOS REPRODUTIVOS DE MULHERES QUE
JÁ COMPLETARAM 50 ANOS DE IDADE, EM FUNÇÃO DO TIPO DE
TRABALHO REALIZADO – VIÇOSA-MG

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
NOVEMBRO - 2000

ANNA PAULA RODRIGUES DOS SANTOS

ESTILOS DE VIDA E ASPECTOS REPRODUTIVOS DE MULHERES QUE
JÁ COMPLETARAM 50 ANOS DE IDADE, EM FUNÇÃO DO TIPO DE
TRABALHO REALIZADO – VIÇOSA-MG

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 14 de julho de 2000.

Profª. Neuza Maria da Silva
(Conselheira)

Profª. Rita de Cássia Lanes Ribeiro
(Conselheira)

Profª. Tânia Toledo

Profª. Maria das Dores S. de Loreto

Prof. Adelson Luiz Araújo Tinôco
(Orientador)

A Deus, que sempre guia os meus passos, presença constante em minha vida.

Aos meus queridos pais, Mário e Dulce, motivos de imenso orgulho, meu eterno agradecimento por tudo que fizeram por mim.

À meu querido namorado, José Vieira, presença marcante em minha vida, sempre me incentivou nesta conquista.

À minha querida amiga Ana Cláudia pela valiosa amizade: “Cal, já não estás mais aqui, mas sinto sempre sua presença ao meu lado”.

AGRADECIMENTO

À Universidade Federal de Viçosa e ao Departamento de Economia Doméstica, pela oportunidade de realização do curso.

Ao CNPq, pelo suporte financeiro.

Ao professor Adelson Luiz A. Tinôco, pela orientação e pela amizade.

Às conselheiras Neuza Maria da Silva e Rita de Cássia Lanes Ribeiro, pelas sugestões e colaborações.

À todas as mulheres da Terceira Idade que contribuíram para a realização deste trabalho, pelo carinho e atenção a mim dispensados.

Às minhas queridas tias Glorinha e Lúcia, principalmente à Tia Anita, que já não está mais aqui, por tudo que fizeram, pelo carinho, dedicação, incentivo e pelos deliciosos quitutes.

À toda minha família que sempre me incentivou, aqui representada por minhas queridas primas: Tê, Tamo, Regina e Stela; e pelo meu querido e inesquecível tio Moacir, que também já se foi.

À minha tão especial amiga Kátia, por tudo que fez por mim.

Aos amigos Anderson, Vanusa, Elisa, Gil e Edicéia pela amizade e alegre convivência.

Às queridas amigas de alojamento: Alessandra, Tânia, Rosana, Conceição, Patrícia, Geórgia, Karlinha, Míriam e Elizete pela agradável convivência.

Às amigas de graduação: Sandra Silva, Sandra Líquer, Cidinha, Oneide, Cristina, Sonise, Soraya, Zezé, Wilma, Ilma, Madalena, Kátia, Denilce, Karla por todo companherismo.

Às amigas de pós, Elizete, Márcia, Bárabara, Carmem, Margarete e Eliana, pela saudosa amizade.

À querida amiga Ana Paula, pelo grande carinho.

Às amigas Adalgisa, Marlene e Sueli, pelos ótimos momentos.

Aos amigos do Núcleo de Saúde Pública, D. Zezé, Júnia, Renata, Vera, Marta por todo apoio;. principalmente ao Serafim pela grande ajuda na realização da tese.

À professora Maria Teresa Fialho de Souza Campos, pela ajuda e sugestões.

À professora Maria das Dores S. de Loreto pela grande ajuda e colaboração.

Aos funcionários do Departamento de Economia Doméstica, principalmente à Aloísia, pela amizade, pela paciência e por sempre nos lembrar dos prazos a cumprir.

A todos, MUITO OBRIGADA!!!

BIOGRAFIA

ANNA PAULA RODRIGUES DOS SANTOS, filha de Mário Guimarães Costa e Dulce Rodrigues dos Santos, nasceu na cidade de Belo Horizonte -MG, em 31 de maio de 1970.

Em março de 1991, ingressou no curso de Economia Doméstica na Universidade Federal de Viçosa (UFV), Minas Gerais, graduando-se em dezembro de 1995.

Em março de 1997, iniciou o curso de Mestrado em Economia Doméstica, na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, concentrando seus estudos na área de Economia Familiar, especificamente pesquisando sobre a Terceira Idade, defendendo sua tese em 14 de julho de 2000.

CONTEÚDO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1. O problema e sua importância	10
1.2. Objetivo geral.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1. O crescimento populacional, a transição demográfica e o envelhecimento.....	15
2.2. Envelhecimento social, menopausa e a saúde da mulher	25
2.3. Trabalho feminino público e privado e o planejamento familiar	32
3. METODOLOGIA.....	41
3.1. Desenho geral.....	41
3.2. Área, população e amostra	41
3.3. Forma de coleta dos dados	42

3.3.1. Programa de atenção à terceira idade - PRATI.....	43
3.4. Operacionalização das variáveis	44
3.4.1. Conceito e características de velhice.....	44
3.4.2. Estilo de vida das mulheres.....	44
3.4.3 Fatores reprodutivos e epidemiológicos das mulheres.....	45
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
4.1. Aspectos físico-biológicos e psíquicos de mulheres que completaram seu período fértil.....	49
4.2. Estilo de vida das mulheres que completaram seu período fértil.....	57
4.2.1. Renda.....	57
4.2.2. Escolaridade	60
4.2.3. Atividades sociais e culturais	61
4.2.4. Cotidiano feminino em função do trabalho realizado.....	63
4.2.4.1 Trabalho remunerado (grupo 2).....	63
4.2.4.2 Trabalho domiciliar (grupo 1)	66
4.3. Características reprodutivas	70
5. RESUMO E CONCLUSÕES	79
6. RECOMENDAÇÕES	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

EXTRATO

SANTOS, Anna Paula Rodrigues dos, M. S., Universidade Federal de Viçosa, novembro 2000. **Estilos de vida e aspectos reprodutivos de mulheres que já completaram 50 anos de idade, em função do tipo de trabalho realizado - Viçosa - M.G.** Orientador: Adelson Luiz Araújo Tinôco. Conselheiras: Neuza Maria da Silva e Rita de Cássia Lanes Ribeiro.

O objetivo desta pesquisa foi caracterizar e descrever alguns aspectos do período reprodutivo, da vida social, cultural e da saúde de dois grupos distintos de mulheres da cidade de Viçosa – M.G.: mulheres que permaneceram no âmbito doméstico e mulheres que exerceram o trabalho remunerado. Para tanto, foi coletada uma amostra constituída de 214 mulheres, casadas, com filhos, que já tinham completado 50 anos de idade, fazendo-se uso, para a coleta dos dados da entrevista semi-estruturada, que obedeceu à técnica de pesquisa de campo denominada bola de neve. Buscou-se fazer uma análise temática, associada a dados quantitativos, por intermédio dos objetivos específicos, que foram: identificar os aspectos físico-biológicos, indicativos de envelhecimento, percebidos pela mulher que já completou seu período fértil; comparar diferenças no estilo de vida entre os dois grupos de mulheres, categorizadas, em termos de participação no mercado de trabalho; analisar alguns fatores reprodutivos e epidemiológicos, entre os dois grupos diferenciados de mulheres - natalidade, fecundidade, nupcialidade, dentre outros. Constatou-se, em relação à percepção do envelhecimento que a maioria das mulheres se considerava idosa a partir dos 60 anos. Fisicamente, para representar a velhice, a maioria das mulheres definiu o envelhecimento através do aparecimento das doenças, do sentimento de dependência e da inutilidade. Com relação à menopausa, grande parte das mulheres não a considerava fator determinante da velhice. Verificou-se em relação aos grupos estudados que, independente do tipo de trabalho realizado, a renda e a escolaridade eram baixas, entre 1 e 2 salários mínimos e máximo de 4 anos de estudo formal. Quanto às características reprodutivas e de saúde, independente do tipo de trabalho realizado, as mulheres, em geral, não fizeram uso do planejamento familiar, seja por falta de informações ou, provavelmente, pela inexistência de um programa eficiente de informação e controle da natalidade no período de reprodução. Observou-se que este quadro está mudando com as mulheres mais jovens, onde houve quedas quanto ao número de filhos tidos, o que levou à conclusão de que estas gerações já estavam tendo acesso a esse tipo de informação. Em relação à idade de ocorrência da menopausa em ambos os grupos, a média foi de 44 e 46 anos respectivamente; sendo que a maioria delas não fazia tratamento de reposição hormonal. Houve uma maior ocorrência de doenças do aparelho reprodutor e das glândulas mamárias no grupo de mulheres que trabalharam fora de casa. Concluiu-se que o trabalho remunerado para as mulheres não passou de uma extensão do trabalho doméstico e era realizado para ajudar a complementar a

renda familiar. Que não existem grandes diferenças estatísticas entre parâmetros que diferenciem a mulher que permaneceu no âmbito doméstico com a que realizou o trabalho remunerado, isto porque os 2 grupos estudados pertencem à gerações não muito diferentes; mas mesmo diante disto, pode-se notar pequenas diferenças, mas significantes nos estilos de vida destas gerações, o que para os profissionais da área é de fundamental importância, pois, incentiva novos estudos de comparações entre outras gerações.

1. INTRODUÇÃO

1.1. O problema e sua importância

A população de idosos no Brasil vem crescendo em grandes proporções. Embora não se tenha um marco referencial de idade para definir o idoso, a velhice pode ser marcada por características cronológicas, biológicas, sociais, psicológicas e até mesmo imaginárias (NERI, 1991).

De acordo com VALÉRY e PAIVA (1996) a definição conceitual da terceira idade segue a terminologia francesa para definir uma categoria etária, cujo princípio cronológico pode variar de 60 a 65 anos. Fica evidente, para os dois autores, a ausência de unanimidade sobre o que é ser velho. Pode-se dizer que o envelhecimento não é apenas um processo físico, mas também um processo vital, individual, com amplas variações. Para o presente estudo, que trata de características reprodutivas femininas e epidemiológicas, considerando os fatores que evidenciam o envelhecimento, é importante considerar o período após a menopausa, que, segundo TOLOSA (1997), ocorre em média aos 50 anos, podendo variar em função das características pessoais. Por este motivo, neste estudo consideraram-se mulheres maiores de 50 anos, tentando-se caracterizar a fase de vida coincidente com a transição da idade adulta para a chegada da terceira idade.

O cenário que se desdobra no país é de uma grande população de idosos. De acordo com VERAS (1994), em 1950, o Brasil era o 16º país do mundo, em números de pessoas idosas, com 2,1 milhões de pessoas na terceira idade. Até 2025, estima-se que terá chegado ao sexto lugar, com 31,8 milhões de idosos, apresentando o maior aumento proporcional dentre os países mais populosos do mundo.

O grande problema do rápido envelhecimento da população brasileira está marcado justamente com possíveis conseqüências que emergirão deste fato, tais como o descontrole das políticas públicas, a alta demanda por serviços médicos e sociais, a falta de amparo social e a falta de infra-estruturas compatíveis com a terceira idade, o que deixa em alerta a preocupação com o amparo e promoção da assistência primária a essa faixa etária, que será bastante representativa a partir do início do Terceiro Milênio.

De acordo com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS, 1997), embora o Brasil esteja posicionado entre as primeiras economias do mundo, ainda apresenta indicadores sociais equiparados aos da sociedade afro-asiáticas, sendo um país caracterizado por marcantes contrastes. Assim, é comum, para um grande percentual da população brasileira a acumulação sucessiva de deficiências sociais ao longo do ciclo de vida, com agravamento substancial com o avançar da idade.

Além da grande proporção de idosos já existentes e das estimativas previstas, há também um ponto importante a considerar entre eles, que é o predomínio de mulheres nesta faixa etária. O aumento desproporcional na faixa etária idosa do sexo feminino pode ser justificada, dentre outros fatores, pela maior mortalidade do sexo masculino.

Como explica CHAIMOWICZ (1998), em 1995, para cada 100 mulheres brasileiras de 60 anos ou mais havia apenas 81 homens. Se dentre os homens a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais em 1995 era de 8,3%, dentre as mulheres este percentual era de 9,0%, alcançando 10%, na Região Sudeste. Esta tendência tem-se acentuado ao longo dos anos. Desde a década de 60, as taxas de crescimento da população idosa feminina (3,9% entre 1980 e 1991) têm sido superiores às da masculina da mesma idade (3,4% no mesmo período).

Nos estudos de VERAS (1994) apresentam-se várias hipóteses para explicar as maiores proporções da população idosa feminina, sendo elas: diferenças de sexo na exposição à riscos; diferenças no consumo de tabaco e álcool; diferenças na atitude em relação às doenças; e no atendimento médico-obstétrico às mulheres. Sendo assim, a mulher idosa desponta representando a maioria dentro dessa faixa etária, que para ela pode se iniciar na transição do período reprodutivo para o não reprodutivo, ou seja, logo após a menopausa, período este representado por mudanças, perdas e ganhos, tanto nos físicos como emocionais.

Dentro de um conjunto de perdas, segundo TOLOSA (1997), não se pode esquecer que o papel social da mulher sempre esteve ancorado aos valores de sua etapa reprodutiva e à sua capacidade de gerar e educar filhos. Assim, o cessar das funções femininas reprodutivas representa, automaticamente, uma anulação das funções femininas na sociedade, podendo representar o início do envelhecimento. De acordo com DEBERT (1994), associado às perdas está o abandono dos filhos adultos, a viuvez ou o conjunto de transformações físicas trazidas pelo avanço da idade. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, a esse conjunto de perdas, deve-se somar o sub-emprego, os baixos salários, os níveis baixos de escolaridade, o isolamento e a dependência, que caracterizam a condição das mulheres de mais idade.

Para reverter este cenário, o “bom envelhecimento” é visto como aquele das pessoas “reorganizadoras”, que continuam a lutar contra o encolhimento de seu mundo, mantendo uma vida ativa e distraída, substituindo por novos projetos e novos relacionamentos aquilo que a idade lhes tenha tirado (NOVAES, 1995).

Inseridas num contexto de mudanças sócio-político-econômicas do país, no decorrer dos tempos, a mulher, que tem seu papel social fundamentado na reprodução, se lança no mercado de trabalho, fazendo com que o trabalho privado (doméstico) fosse sendo dividido e dando espaço ao trabalho público (remunerado), o que pode resultar numa maneira diferenciada de pensar e agir, principalmente consigo mesma. Desta maneira, nessa nova concepção a mulher tem acesso aos meios contraceptivos, fazendo uso do planejamento familiar, resultando numa relação direta com a queda da

fecundidade. Segundo VICIOSO (1991), as vivências pessoais, tanto profissionais quanto domésticas, marcam a história de vida das mulheres. O conhecimento dessas vivências, na prática, se traduziriam em maiores subsídios à futuras atividades de planejamento familiar e planos de apoio aos idosos, cujo objetivo seria o de melhorar a qualidade de vida desta população. As histórias de vida de mulheres, tanto no seu imaginário (o seu eu) como no seu cotidiano, atestam a luta da sua busca de liberdade e de afirmação pessoal, interiorizando ideologias e fantasias na construção de sua identidade, calcada no jogo das introjeções e idealizações (NOVAES, 1995).

Para as mulheres, o envelhecimento significa uma passagem de um mundo totalmente regado para outro em que se sentem impelidas a criar as próprias regras. Mas no mundo contemporâneo, a conquista da liberdade feminina é um fato irreversível e redefine o que é envelhecer, abrindo um espaço para as mulheres em idades mais avançadas (DEBERT, 1994).

Diante do exposto, sentiu-se a necessidade de promover um estudo, para caracterizar a mulher com mais de 50 anos de idade, o seu conceito de velhice, o seu trabalho, a sua vida reprodutiva, o cessar de sua vida reprodutiva e um pouco de sua saúde. Portanto considera-se importante saber o seguinte: Existem grandes diferenças estatísticas entre parâmetros que caracterizem a mulher que permaneceu no âmbito doméstico, da mulher que durante a fase reprodutiva buscou o trabalho remunerado? As taxas de fecundidade nos dois grupos foi muito desigual? Qual é a diferença do nível de escolaridade dos dois grupos? Teria esta escolaridade determinado a escolha pelo trabalho remunerado ou determinado a quantidade de filhos tidos? Os estilos de vida que os dois grupos de mulheres adotaram foi semelhante? Afinal está-se estudando dois grupos de mulheres num período em que o planejamento familiar era ainda inexistente no Brasil, e o mercado de trabalho era por assim dizer sexista.

O conhecimento desses fatos subsidiará as políticas públicas destinadas a este contingente populacional, bem como ao próprio trabalho do Economista Doméstico e de outros profissionais preocupados com o bem-estar e a qualidade de vida das famílias.

1.2. Objetivo geral:

A presente pesquisa tem como objetivo geral caracterizar os estilos de vida, aspectos reprodutivos e epidemiológicos de mulheres, que participaram do mercado de trabalho ou não, considerando os fatores, que evidenciam o início do envelhecimento, em termos de vida social - econômica, cultural, reprodutiva e saúde.

Especificamente, objetivou-se:

- Identificar os aspectos físico-biológicos e psíquicos, indicativos de envelhecimento percebidos, sofridos pela mulher que já completou seu período fértil;
- Comparar as diferenças no estilo de vida entre dois grupos de mulheres, com mais de 50 anos, categorizados, em termos de participação no mercado de trabalho;
- Analisar os fatores reprodutivos e epidemiológicos, entre os dois grupos diferenciados de mulheres, aquelas que participaram do mercado de trabalho e as que permaneceram no âmbito doméstico.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O crescimento populacional, a transição demográfica e o envelhecimento

Quanto ao crescimento populacional, a estrutura por idade e sexo condiciona, em grande medida, de acordo com BERQUÓ (1991), a evolução de uma população, no sentido do seu crescimento ou não, uma vez que os fenômenos que determinam seu crescimento natural, isto é, a fecundidade e a mortalidade estão diretamente relacionados com a idade e o sexo dos indivíduos. O fenômeno complementar das migrações, por sua vez, também está socialmente relacionado com estas duas variáveis. A estrutura por idade e sexo de uma população, em um dado momento, é o resultado de um efeito conjunto dos nascimentos, das mortes e das migrações, que foram ocorrendo nos cem anos anteriores.

Segundo MERRICK e GRAHAM (1981), a industrialização e o rápido crescimento urbano no período de pós-guerra aceleraram as modificações na estrutura da sociedade brasileira. As avaliações das tendências econômicas e demográficas nos países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, suscitaram muitas questões sobre a aplicabilidade de um modelo de transição a esses países. As reduções na mortalidade, que foram graduais e concomitantes com o crescimento econômico na Europa, foram apressadas pela importação de moderna tecnologia médica pelos países em

desenvolvimento, tomando o declínio da mortalidade um fator exógeno no processo de desenvolvimento (Arriaga e Davis,1969; Preston, 1975, citados pelos por MERRICK e GRAHAM, 1981). As taxas de natalidade que diminuíram em consequência das pressões sociais e econômicas da vida urbana industrializada, são substancialmente mais altas nos países em desenvolvimento. Continuam altas para a grande maioria destes países, que tiveram uma participação apenas limitada no processo de modernização. CHAIMOWICZ (1998), diz que à partir de 1940 inicia-se o processo de declínio rápido da mortalidade, que se prolongaria até a década de 70. Em apenas dez anos, a taxa de mortalidade caiu 13% (contra 16%, nas quatro décadas anteriores). A esperança de vida aumentou quatro anos para homens (como nas décadas anteriores) e 6,8 anos para as mulheres (5,4 anos no período anterior) e alcançou 53,7 anos, em 1970. A combinação de menores taxas de mortalidade e elevadas taxas de fecundidade determinou o aumento do crescimento vegetativo e a população brasileira saltou de 41 para 93 milhões de pessoas, entre 1940 e 1970, crescendo em média 2,8% ao ano.

Ainda CHAIMOWICZ (1998), complementa que, nas décadas de 40, 50 e 60, o aumento do contingente populacional era tão expressivo que, a cada dez anos, a população aumentava cerca de 30%. Mesmo tendo ocorrido o aumento da expectativa de vida entre 1940 e 1970, a estrutura etária da população não se alterou, pois a redução da mortalidade deveu-se principalmente à queda das taxas de mortalidade específicas da infância. Sendo “preservadas” mais crianças, o efeito sobre a distribuição etária foi semelhante ao aumento da fecundidade, levando a um “rejuvenescimento” da população. Somente à partir de 1960, com o declínio da fecundidade, em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil, iniciou-se o processo de envelhecimento populacional.

De acordo com ALVES (1996), a transição da fecundidade, que significa a passagem de altos a baixos níveis das taxas de mortalidade e natalidade, pode ser entendida em duas abordagens. A primeira centra seu enfoque nos aspectos macro sociais, onde o declínio da fecundidade decorre concomitantemente ao controle sobre as doenças, obtido pelos avanços médicos e sanitários, que possibilitou a redução das

taxas de mortalidade. As mesmas forças que atuaram sobre a mortalidade refletiram no sentido de reduzir a fecundidade. Pois, através do processo de modernização, como a industrialização e urbanização, houve um crescimento do individualismo e uma menor dependência da organização familiar. A família começa a perder muitas de suas funções para as organizações sociais como a fábrica, a escola e as empresas comerciais. A segunda abordagem é baseada em uma decisão econômica, a nível micro, diz Becker (1981, citado por ALVES, 1996), pois a fecundidade envolve decisões entre um número ótimo de filhos, os bens de consumo e uma renda familiar limitada.

BRUSCHINI (1997) afirma que a expansão da economia, a crescente urbanização e o ritmo acelerado da industrialização configuraram, nos anos 70, um momento de grande crescimento econômico, favorável à incorporação de novos trabalhadores, inclusive os do sexo feminino. A mesma autora diz que, através das profundas transformações nos padrões de comportamento e nos valores relativos ao papel social da mulher, intensificadas pelo impacto dos movimentos feministas dos anos 70 e pela presença feminina cada vez mais atuante nos espaços públicos, alterou-se a constituição da identidade feminina, cada vez mais voltada para o trabalho produtivo. A expansão da escolaridade e o acesso das mulheres às universidades são aspectos fundamentais deste amplo processo de transformação. A rapidez e a intensidade da queda da fecundidade, uma das mais profundas transformações demográficas ocorridas no país, na então marcante década de 70, também desempenhou papel fundamental na ampliação da atividade feminina, ao reduzir o número de filhos por mulher, liberando-a para o trabalho, elucidando a necessidade do planejamento familiar.

Assim, a transição demográfica tem-se expressado pela queda da mortalidade e pelo declínio da fecundidade, sendo ambos os fenômenos conseqüentes dos avanços tecnológicos e sociais das últimas décadas. Dentre vários fatores, como por exemplo na saúde pública destacam-se como precursores do fenômeno: a difusão médica da saúde pública, a difusão médica e cultural dos meios de controle da natalidade, a necessidade de proles menos numerosas, a maior participação da mulher no mercado de trabalho. “

A transição faz confluír essas tendências para um contínuo aumento da esperança de vida e, portanto, da longevidade da população. O fenômeno, muito mais que brasileiro, é mundial, mas em âmbito de América Latina é particularmente acentuado no Brasil, no que se refere ao reflexo no crescimento da população idosa (MOTTA,1994).

Com o declínio da fecundidade em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil, iniciou-se o processo de envelhecimento populacional. As pesquisas Nacionais por Amostras de domicílios (PNADs), da década de 70, passaram a demonstrar que o fenômeno se estendia paulatinamente às demais regiões brasileiras, tanto nas áreas urbanas quanto rurais, assim como a todas as classes sociais. A taxa de fecundidade caiu mais de 50%, entre 1970 e 1991 (de 5,8 para 2,7 filhos por mulher), tendência que persistiu até 1996. Como consequência, o peso relativo dos jovens na população declinou de 41,9% para 31,6% no mesmo período e a proporção de idosos cresceu de 3,1% para 5,4%. O índice do envelhecimento da população, que era igual a 6,4, em 1960, alcançou 17,0, em 1996, incremento superior a 150% em apenas três décadas e meia. Se no início do século a proporção de indivíduos, que conseguia alcançar os 60 anos, se aproximava de 25%, em 1990 ela superava 78% entre as mulheres e 65 entre os homens; a esperança de vida ao nascer então já ultrapassava então aos 65 anos (CHAIMOWICZ, 1998). Essa intensa transformação na dinâmica demográfica, em parte pode ser explicada pelos fatores econômicos, sociais e culturais, entre os quais se poderia situar a maior escolaridade das mulheres e seu acesso ao trabalho remunerado.

Mas a queda da fecundidade teria sido provocada também, e mais diretamente, por variáveis inibidoras, entre as quais o conhecimento e o uso de anticoncepcionais, a incidência do aborto e a atuação de entidades dedicadas ao controle explícito da natalidade, o planejamento familiar, cujo exemplo mais contundente é o da esterilização de mulheres no nordeste (FIBGE, citado por BRUSCHINI, 1997).

Deve-se, ainda, considerar que práticas e estratégias de procriação são combinadas e encadeadas, assim como as relações que as sustentam, e dizem respeito, especificamente, a aspectos da vida das mulheres, tais como: o momento do ciclo de vida em que se inicia a constituição de proles; a geração de filhos dentro ou fora das

uniões conjugais; o espaçamento entre os nascimentos dos filhos; o encerramento da carreira reprodutiva; a regulação da concepção ou do tamanho da prole e os cuidados com a saúde da mulher (SOUZA,1994).

O aumento da demanda por métodos contraceptivos, por planejamento familiar no Brasil, teve um impacto significativo nas taxas de fecundidade e de crescimento populacional (RODRIGUES FILHO,1994), como citado anteriormente. Assim, o país, como outros países menos desenvolvidos, está se tornando uma nação de idosos (VERAS,1994). E, no campo da demografia, sabe-se que os filhos tidos são um bom indicador para a predição da fecundidade futura, fruto da queda da fecundidade (MELO e CASTIÑEIRAS,1994). O grupo de jovens passa a representar, a partir de 1980, proporcionalmente bem menos no cômputo geral da população, abrindo, com isso espaço para aumentar o peso relativo do grupo de 15 a 64 anos e dos idosos de 65 anos e mais (CHAIMOWICZ,1998).

No período entre 2000 e 2050 ocorrerá o mais rápido incremento na proporção de idosos, que saltará de 5,1% para 14,2%. Isto se deverá basicamente a dois fatores: a persistente redução das taxas de fecundidade (de 2,6 para 2,2, entre os períodos de 1995-2000 e 2015-2020) continuará contribuindo para a redução das coortes de 15 a 64 anos, cujo crescimento absoluto e relativo será cada vez menor e os coortes remanescentes dos períodos de alta fecundidade progressivamente evoluirão para os grupos idosos até por volta de 2035, quando os coortes (de menor fecundidade) nascidos em 1970 fecharão o ciclo (CHAIMOWICZ,1998). Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total. Este crescimento populacional é o mais acelerado no mundo e só comparável ao México e à Nigéria (MPAS, 1997).

Desde 1950, as mulheres têm tido uma maior esperança de vida ao nascer, ou seja, lhes tem cabido um maior número de anos por viver. Em 1980, enquanto era de 59 anos a esperança de vida para os homens, às mulheres correspondiam 65 anos, ou seja, chance de viver 6 anos a mais do que os homens. Em 1991, esta diferença cresceu

para 7 anos. Projeções para 2010 e 2020 mantêm uma diferença em torno de 6 anos (BERQUÒ, 1996). As diferenças de mortalidade por sexo são, em última análise, a resultante da maneira diferente como certas enfermidades incidem sobre cada um dos sexos, levando à morte (BERQUÒ, 1991).

CHAIMOWICZ (1998), afirma que a maior expectativa de vida das mulheres, no entanto, não corresponde à melhor qualidade de vida. Como menciona Litvak “os problemas sociais, econômicos e de saúde dos idosos são em grande parte, os das mulheres idosas”, que vivem mais que os homens. Ao se tomarem viúvas têm maiores dificuldades para casarem novamente, vivem mais sós, têm menores níveis de instrução e de renda e maior frequência de queixas de saúde. A realidade brasileira não é diferente.

O tamanho da prole, a mortalidade diferencial, o celibato, a viuvez, as separações, os recasamentos e as migrações, vão conformando, ao longo do tempo, distintos tipos de arranjos familiares e domésticos, os quais, com o passar da idade, adquirem características específicas, que podem colocar o idoso, do ponto de vista emocional e material, em situação de segurança ou de vulnerabilidade. O superávit de mulheres idosas continuará prevalecendo e será tanto maior quanto mais avançada a idade, requerendo atenção específica. Serão elas, na grande maioria, viúvas, morando na casa dos filhos ou filhas, ou chefiando famílias monoparentais, ou ainda morando sozinhas (BERQUÒ, 1991).

Considerando-se que os índices da velhice masculina estão decrescendo e que os índices da velhice feminina estão crescendo, pode-se entender que o fenômeno da velhice tende a ser uma questão pertinente à mulher. Em síntese, são as mulheres que passaram por mudanças sociais e culturais, que hoje começam a integrar em grande número o grupo da terceira idade.

A velhice não é uma etapa permanente, mas é uma fase da vida, que talvez por uma hierarquia cronológica faz-se reconhecer como difícil. Quando uma pessoa se torna velha? aos 50, 60, 65 ou 70 anos? Nada flutua mais do que os limites da velhice, em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social (VERAS, 1994).

Embora a idade cronológica seja um indicador excessivamente grosseiro para o envelhecimento, visto que este é um processo biológico, psicológico, sociológico e cultural, a data do aniversário das pessoas é o principal critério utilizado para a determinação das categorias etárias. Idades funcionam como “relógios sociais”, estabelecendo agendas para o tempo e o ritmo esperados quanto à ocupação sequencial de status, funções e papéis, ao longo do ciclo de vida (Neugarten, citado por NERI, 1991). Outras pesquisas sinalizam a existência de uma certa ambigüidade quanto à estimativa do início da velhice, na medida que os informantes subordinam esse evento à condições, tais como saúde, sexo, aposentadoria e nível econômico (NERI e WAGNER, 1985). A velhice é identificada como um “estado de espírito” e, como tal, condicionada a fatores de personalidade, à experiência anterior e a sentimentos em relação à velhice (NERI, 1991).

A invenção da terceira idade indica uma experiência inusitada de envelhecimento cuja compreensão, como mostra Laslett, citado por DEBERT (1997), não pode ser reduzida aos indicadores de prolongamento da vida nas sociedades contemporâneas. De acordo com este autor, essa intervenção requer a existência de uma “comunidade de aposentados”, com peso suficiente na sociedade, demonstrando dispor de saúde, independência financeira e outros meios apropriados para tornar reais as expectativas de que essa etapa da vida propicia a realização e satisfação pessoal. A terceira idade não é sinônimo de decadência, pobreza e doença, mas um tempo privilegiado para atividades livres dos constrangimentos do mundo profissional e familiar. (DEBERT, 1997).

Quando que, para as mulheres, se inicia o processo de envelhecimento? Para TOLOSA (1997), historicamente, a menopausa tem sido apresentada às mulheres como algo que se deve temer, algo associado a sensações ruins e, principalmente, como marca registrada de envelhecimento. A menopausa chega marcando uma nova etapa na vida das mulheres, é um período de transição de uma vida fértil e produtiva para uma vida de anulação de suas principais funções. Ao chegar nessa fase a “mulher madura” passa a conviver com todos os tipos de perdas, principalmente aquelas relacionadas ao

corpo. E, assim, sob o efeito cronológico da vida, a mulher inicia um mundo de preconceitos, onde acha-se improdutiva, impotente e até excluída.

O espetacular aumento na expectativa de vida média propiciado pela sociedade moderna fez com que o estereótipo negativo da mulher de meia-idade, de estar sempre reclamando de sintomas subjetivos, fosse gradualmente substituído pelo entendimento de que a menopausa é uma fase da vida feminina, que apresenta características próprias (TOLOSA, 1997).

Não há que estranhar, então, a recorrência generalizada de mecanismos de resistência ao envelhecimento, que significam, em última análise, uma resistência à imagem social que foi dele construída, assim como ao fato desses mecanismos serem desenvolvidos principalmente pelas mulheres, a quem tradicionalmente foram cobradas juventude e beleza, contenção e disciplina (MOTTA, 1994).

Em uma visão comum da sociedade, de acordo com Lins de Barros, citado por MOTTA (1994), a velhice das mulheres é algo “duplamente insignificante”. Ao homem velho se dá uma atenção maior, na medida em que se percebe a aposentadoria como uma mudança radical de vida, uma passagem de um mundo amplo e público para um mundo doméstico e restrito. A mulher, na velhice, está no último estágio de um continuum sempre ligado à esfera doméstica.

Por outro lado, o fato da maioria das idosa atuais nunca terem tido vida profissional ativa e, ao mesmo tempo, vida sexual e social muito mais restritas e reprimidas do que a dos homens da mesma geração, parece conduzi-las a experimentar o estágio de que, agora, vivem de forma também diferente do que ocorre com os homens. Assim é que, por exemplo, e curiosamente, pesquisas recentes vêm demonstrando que grande número de mulheres (de classe média, principalmente), considera a etapa atual de idosas como o momento mais tranquilo, livre e feliz da sua vida (Debert et al, citados por MOTTA, 1994).

De acordo com o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS (1997), as demandas nos setores de saúde e de previdência social irão aumentar. Mas ainda há tempo para reagir e planejar, desenvolver políticas visando o mais alto nível

de qualidade de vida para o maior número possível de pessoas, que atinjam a terceira idade. A ausência de condições de apoio familiar, a pobreza material e a inexistência de programas e serviços de instituições sociais fazem com que os idosos ingressem na tão conhecida marginalidade social, acentuando as fragilidades naturais do envelhecimento (CHAIMOWICZ, 1998). Outro fator que contribui para essas fragilidades, é a escassez de pesquisas, no Brasil, no campo da Gerontologia (VERAS, 1994). Embora, existam alguns estudos relevantes quanto ao caráter demográfico, antropológico e sociológico da questão, e haja maior interesse por parte dos pesquisadores brasileiros pela Gerontologia, faz-se necessário maior incremento técnico-científico neste campo, que é interdisciplinar.

A responsabilidade, em geral, recai sobre três forças sociais de igual importância: o Estado, a comunidade e a família. Ao Estado, é recomendado atuar como um mecanismo regulador-planificador e como um redistribuidor de incentivos e subsídios para que as outras instâncias cumpram o seu papel. Ao mesmo tempo, deve objetivar a integração da comunidade na solução dos aspectos do envelhecimento, de tal forma que o idoso participe verdadeiramente e se sinta útil à sociedade. Quanto à família, a recomendação é que continue sendo a instância primeira com relação aos cuidados básicos dos idosos (CAVALCANTI e SAAD, 1990).

Um indicador básico de que os indivíduos de uma população estão envelhecendo é o simples crescimento do número absoluto de pessoas mais velhas. Em 1991, a população de 65 anos e mais atingiu um patamar de 7 milhões de pessoas, o que representou um ganho médio anual líquido da ordem de 210.492 pessoas. Esta quantia superou o da década anterior, que correspondeu a uma média de 184.000 pessoas por ano. O que estes números representam, no total da população de idosos, tem sido é verificado ao longo do tempo onde o crescimento foi de 2,38% em 1940 a 4,83% em 1991. O crescimento da população idosa torna-se cada vez mais relevante porque ele já supera aquele da população total, confirma BERQUÒ (1996)

Segundo Paschoal (1997) citado por FERRARI (1999), para muitos ainda somos um país de jovens, pois as taxas de crescimento anual da população brasileira

mantiveram-se altas por muitas décadas, levando praticamente à duplicação da população a cada 30 anos, de 1870 a 1980. No entanto, já a partir da década de 70, a taxa de crescimento mostrou sensível redução passando a 2,48% ao ano; na década de 80, reduziu-se mais ainda, chegando a 1,93%, menor que a prevista.

Ao mesmo tempo, a distribuição etária da população brasileira alterou-se. No começo do século, 44,4% dos brasileiros estavam na faixa de 0 a 14 anos; 52,3% na de 15 a 59 anos e os idosos (60 anos e mais) constituíam apenas 3,3% da população. Essa proporção de idosos foi aumentando gradativamente: 4,1% em 1940; 5,1% em 1970; 6,1% em 1980 e o censo de 1991 mostrou que os idosos brasileiros já eram 7,4% da nossa população. As estimativas indicam que as taxas médias de crescimento anual vão continuar despencando e a mudança na estrutura etária da população brasileira vai ser mais profunda, a tal ponto que a faixa etária dos 60 anos e mais chegará a 8,3% da população no final do século e, em 2025, a 15,1% (mais que o dobro em 34 anos). As pessoas mais jovens, de 0 a 14 anos, constituirão apenas 23% nesses anos; a população de 15 a 59 anos, de 52,3% em 1900 para 62% em 2025; os idosos, em 1980, perfaziam 8 milhões de pessoas, já são 10,6 milhões (censo de 1991) e deverão ser 14 milhões daqui a 5 anos e 32 milhões em 2025. Já não se pode raciocinar em termos de país jovem (FERRARI, 1999).

O envelhecimento populacional é um processo hoje “artificial” enquanto que o da França, no século passado e primeiras décadas deste século, resultou da melhoria de condições de vida para uma crescente maioria de população. Isso explica também porque na França o aumento da proporção de idosos passou de 7 para 14 por cento em 120 anos, enquanto o mesmo crescimento se dará em 25 anos na China, Brasil ou Indonésia. O resultado de tudo isso é a superposição do envelhecimento no rol dos problemas a serem enfrentados pelos países em desenvolvimento que não dispõem de recursos que, por exemplo, a França tinha quando envelheceu. Pois, envelhecer é um triunfo, mas para gozar da velhice é preciso dispõem de políticas adequadas, que possam garantir um mínimo de condições de qualidade de vida para este contingente populacional (KALACHE, 1996).

A sociedade está envelhecendo. E este envelhecimento repercute em maior ou menor grau nos diversos setores da sociedade. Do ponto de vista econômico, aumenta a população não produtiva. Em relação à estrutura social, aumenta a importância da família no seu papel de suporte social e econômico do idoso, o que gera conflitos sobre o papel da família extensa, num momento em que a mulher se vê cada vez menos disponível para as funções de cuidado doméstico (RAMOS, 1987). Na área da saúde, as modificações são ainda mais dramáticas. A transição de uma população jovem com alta mortalidade para uma população envelhecida com baixa mortalidade, provoca profunda alteração no perfil da morbidade e causas de morte dessa população. É a substituição das doenças infecto-contagiosas pelas doenças crônicas (OMS, 1984; citado por RAMOS, 1987). O processo de envelhecimento caminha para um rápida intensificação e surge num momento de crise econômica em que as desigualdades e os problemas sociais parecem recrudeser, sendo cada vez mais difícil sustentar expectativas otimistas quanto às crescentes demandas da população idosa, complementa FERRARI (1999).

2.2. Envelhecimento social, menopausa e a saúde da mulher

Embora o Brasil caminhe em passos lentos em relação à velhice, certas áreas da sociedade têm contribuído com mais ênfase na questão. Considerado um “problema de ordem político-social” o envelhecimento da população é visto pela sociedade como uma categoria de grande valor e merecimento de estudos e conhecimentos, prova disto é a ciência Gerontológica, que vem pesquisando o idoso no contexto social.

Para se entender o processo de envelhecimento, é necessário distinguir alguns termos essenciais, como: velho, idoso, velhice e a terceira idade. Para PEIXOTO

(1998), até os anos 60, o termo que designava a pessoa envelhecida ou a fase da velhice era sobretudo “velho”. Os ecos vindos da Europa sobre a mudança da imagem da velhice chegam às terras brasileiras, no final da década de 60, introduzindo a noção de idoso. Este termo sempre fez parte do vocabulário português, entretanto, não era uma palavra de muito uso. Velho e idoso podem se confundir, mas idoso marca um tratamento mais respeitoso, como *personne âgée* praticado na França. O termo “velho” tem assim uma conotação negativa ao designar, sobretudo, as pessoas de mais idade pertencentes às camadas populares, que apresentam mais nitidamente os traços do envelhecimento e do declínio. As instituições governamentais adotam uma outra representação das pessoas envelhecidas; mas isso não significou a implantação de uma política social voltada especificamente para a velhice. Trocam-se apenas as etiquetas. Doravante, a categoria idoso invade todos os domínios e o termo “velho” passa a ser sinônimo de decadência, sendo banida dos textos oficiais. E, foi somente em 1988, com a nova Constituição Brasileira, que se reconhece pela primeira vez a importância da questão da velhice, estabelecendo-se o valor da aposentadoria.

DEBERT (1997), confirma que a terceira idade é uma expressão que recentemente e com muita rapidez popularizou-se no vocabulário brasileiro. A expressão, de acordo com Laslett (1987) citado por DEBERT (1997), originou-se na França com a implantação, nos anos 70, das *Universités du Troisième Âge*, sendo incorporada ao vocabulário anglo-saxão, com a criação das *Universities of the Third Age* em Cambridge, na Inglaterra, em 1981. Seu uso corrente entre os pesquisadores interessados no estudo da velhice não é explicado pela referência a uma idade cronológica precisa, mas por ser essa uma forma de tratamento das pessoas de mais idade, que não adquiriu ainda uma conotação, depreciativa. A terceira idade, para Guillemard (1986) citado por DEBERT (1997), exprime metaforicamente uma nova situação, não é sinônimo de decadência, pobreza e doença, mas um tempo privilegiado para atividades livres dos constrangimentos, do mundo profissional e familiar. Com o prolongamento da esperança de vida, a cada um é dado o direito de vivenciar uma nova etapa relativamente longa, um tempo de lazer em que se elaboram novos valores

coletivos. Por isso, para autores como Dermazier (1974) citado por DEBERT (1997), a aposentadoria permitiria vislumbrar o que seria civilização do lazer.

A terceira idade, complementa PEIXOTO (1998), constitui simplesmente um decalque do vocábulo francês adotado logo após a implantação das políticas sociais para a velhice na França. A rubrica da terceira idade é fundamentalmente empregada nas proposições relativas à criação de atividades sociais, culturais e esportivas. Idoso simboliza sobretudo as pessoas mais velhas, “os velhos respeitados”; enquanto terceira idade designa principalmente os “jovens velhos”, os aposentados dinâmicos, como a representação francesa. E não é por acaso que surge um novo mercado para a terceira idade: turismo, produtos de beleza e alimentares, bem como novas especialidades profissionais, gerontólogos, geriatras etc. A terceira idade passa assim a ser a expressão classificada de uma categoria social bastante heterogênea. De fato, essa noção mascara uma realidade social em que a heterogeneidade econômica e etária é muito grande.

Para SALGADO (1998), envelhecer tem significado uma transformação brutal. De altos e experientes conselheiros, ouvidos em decisões de qualquer espécie, transformaram-se os idosos em depositários de uma memória do passado, conhecimento este, pouco útil e, por vezes, obstaculizador do próprio processo de desenvolvimento. De pessoas ilustres e destacadas, transformaram-se em seres de curiosidade e, mesmo que considerados e enaltecidos graças a uma posição social e econômica de maior destaque, nem sempre são devidamente respeitados. Essa situação teve origem nas sociedades desenvolvidas, que foram as primeiras populacionalmente envelhecidas. Entretanto, os países em desenvolvimento começaram a apresentar esse mesmo fenômeno sócio-cultural de exclusão dos velhos.

LORENZETTO (1998) diz que no processo de envelhecimento, o indivíduo passa a conviver com todo tipo de perda, uma vez que o tempo nessa fase da vida se expressa inclusive no corpo. E, assim, sob o efeito de uma inevitável cronologia, o velho inicia um convívio com preconceitos, torna-se improdutivo e, portanto, excluído. Exposto à possíveis perdas de âmbito fisiológico, o idoso também pode vivenciar

outros prejuízos: na área social, por exemplo, citamos a aposentadoria, que muitas vezes acarreta uma perda no padrão sócio-econômico, além de “propiciar” um tempo vazio e indesejado. Da inutilidade, atrelada a esta questão, vem a solidão ou até mesmo, a depressão, desencadeada pela perda de um papel social. Pode-se perder o convívio com os colegas, o espaço físico com a privacidade, lembranças, recordações.

O envelhecimento social é um processo freqüentemente lento que leva à progressiva perda de contatos sociais gratificantes. É um processo que se inicia em algum momento da vida e acentua-se em diferentes ocasiões. O envelhecimento social é o resultado de uma série de ocorrências por vezes alheios à vontade dos que nela estão envolvidos, acarretando freqüentes e desfavoráveis mudanças. É difícil e provavelmente impossível identificar na história da vida de um ser humano a eclosão de tal processo. Ele se instala insidiosamente, de maneira invisível, certamente em momentos de luto e tristeza, mas também em ocasiões de alegria como são as festas de transição que, não raras vezes, resultam no afastamento dos próprios homenageados: formaturas, casamentos, aprovação em concursos, admissão em empregos e escolas, etc. (MOTTA, 1995).

É por não saber com exatidão do início do processo de envelhecimento, que o mesmo se caracteriza como individual e, assim, se constrói o “imaginário”, que é a identidade pessoal de cada um, baseada no relato do sentimento e da percepção frente ao envelhecer.

A velhice não pode ser definida pela simples cronologia e sim pelas condições físicas, funcionais, psicológicas e sociais das pessoas idosas. Há diferentes idades biológicas, subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica. O que acontece é que o processo de envelhecimento é muito pessoal; ele constitui uma etapa da vida com realidade própria e diferenciada das anteriores, limitada unicamente por condições objetivas externas e subjetivas. Portanto, a velhice hoje é considerada uma fase do desenvolvimento humano e não mais um período exclusivamente de perdas físicas e psíquicas e incapacidades (FERRARI, 1999).

Por outro lado, as experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que propiciariam aos mais velhos oportunidades de explorar novas identidades, realizar projetos abandonados em outras etapas da vida, estabelecer relações mais profícuas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos. Essas novas imagens do envelhecimento que acompanham a construção da “terceira idade”, transformam a etapa de envelhecimento em uma experiência mais gratificante. Um conjunto de discursos empenhados em rever estereótipos negativos da velhice abrem espaço para que experiências de envelhecimento bem sucedidas possam ser vividas coletivamente. No Brasil, nos últimos anos, tem crescido o número de grupos de convivência de idosos. Os programas e as universidades para a terceira idade, com uma capacidade de mobilização impressionante, têm promovido de maneira muito evidente, a redefinição de valores, atitudes e comportamentos dos grupos mobilizados (DEBERT, 1996).

Assim, a terceira idade desponta mudando o cenário do “velho” dentro do contexto social de envelhecimento. Para tanto, se faz necessário refletir os dizeres de SALGADO (1998) : “a velhice deve ser entendida por um conceito abstrato, muito embora assuma características comuns originadas das condições físicas e dos próprios limites impostos pela sociedade. Envelhecer é uma propriedade particular, com vivências e expectativas específicas, que não reduzem a responsabilidade de vida e participação ativa no processo social, pois, mesmo velho, o indivíduo continua membro da humanidade.”

De acordo com PESSINI (1999), envelhecer ativamente é o desafio lançado pela Organização Mundial de Saúde - OMS. A mulher e o Homem envelhecem diferentemente. Primeiro, a mulher vive mais que o homem, em média de 5 a 8 anos. Parte da vantagem da mulher em relação à expectativa de vida é biológica. Segundo BELTRÃO e CAMARANO (1997) “no Brasil, a expectativa de sobrevivência de uma mulher aos 60 anos foi, por exemplo em 1991, de 18,19 anos; e aos 65, de 14,64 anos. A expectativa de sobrevivência dos homens aos 60 anos foi de 15,95anos; e aos 65, de 12,92, no mesmo ano. No país, a diferença entre homens e mulheres é significativa”. Longe de ser o sexo frágil, ela é mais resistente que o homem em todas as idades. Na

vida adulta também, a mulher tem uma vantagem biológica, pelo menos até à menopausa, enquanto os hormônios protegem a mulher de certas doenças; como resultado, os mais velhos no mundo são, predominantemente, as mulheres (PESSINI, 1999).

Muitas das mudanças que ocorreram com as mulheres, com a idade, podem ser atribuídas à diminuição dos hormônios femininos após a menopausa (última menstruação, ou seja, a parada de funcionamento dos ovários), mais do que ao “envelhecimento em si”. Em média, a menopausa ocorre por volta dos 50 anos, podendo variar em função das características pessoais. É muito difícil estabelecer com rigor a influência de fatores na menopausa” (TOLOSA, 1997). Antes ou após a menopausa (período chamado climatério, entre 40-65 anos), grande número de mulheres começam a apresentar sinais de falta de estrogênio ou de esteróides sexuais que podem afetar tanto o funcionamento sexual, como a vida social e psicológica; assim como, a saúde das mulheres (MATTIODA, 1998). A menopausa é apenas uma fase na vida da mulher, ela se caracteriza pela falta de produção dos hormônios (estrógeno e progesterona) no organismo. Sua principal característica é a parada das menstruações mas, em muitas mulheres, ela se anuncia através de irregularidades, escassez ou maiores frequências ou mesmo por hemorragias. Apesar de muitas mulheres não apresentarem os mesmos sintomas ou nenhum deles, a maior parte delas sentem ondas de calor, suores noturnos, insônia, menor desejo sexual e diminuição da atenção e memória.

De acordo com RISSIN (1999), a menopausa torna-se um marco de transição para o início do envelhecimento, na vida das mulheres em dois focos importantes. O primeiro é na identidade feminina calcada na perda da menstruação, da beleza jovial e da capacidade de sedução. E estas perdas ainda se misturam às perdas do próprio envelhecimento, onde a mulher não pode negar as alterações por que passa seu corpo, a pele torna-se enrugada, o pescoço flácido, o cabelo branco e ralo. O segundo é o papel da mulher em nossa sociedade, as funções a ela destinadas e como esta questão torna-

se crítica por ocasião da menopausa. Assim a mulher depois da menopausa precisa refundar sua feminilidade em novas bases individuais e também sociais.

Para VODA (1992), a menopausa é entendida como um evento biológico perceptível de acordo com a saúde física e mental da mulher; bem como, o envolvimento social e cultural, não sendo assim um evento uniformemente descrito. E, de acordo com TOLOSA (1997), historicamente, a menopausa tem sido apresentada às mulheres como algo que se deve temer, algo associado a sensações ruins e, principalmente, como marca registrada de envelhecimento. A menopausa define o período de transição das mulheres, da fase reprodutiva para a não reprodutiva, mudando o seu “papel” de procriadora e, conseqüentemente, anulando parte de sua feminilidade.

PESSINI (1999), afirma que, por muito tempo, o enfoque da saúde da mulher, foi quase que exclusivamente sobre o período reprodutivo. Essa visão precisa ser ampliada, para além da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, considerando as diferentes necessidades em todos os período de vida da mulher, principalmente, o período após o reprodutivo, especialmente a velhice.

Baseado em MIRANDA e FONSECA (1994) é importante dizer que há escassez de estudos sobre a saúde e o perfil reprodutivo da mulher climatérica. Os autores dizem que o climatério está recebendo especial atenção, no campo da investigação científica e passou a ser tratado como uma séria questão de saúde. A megatendência mundial estima-se em 40 a 50 milhões de mulheres nas próximas duas décadas. As novidades do fenômeno foram conseqüências da elevação das taxas de nascimento no pós-guerra, e do fato de que trata-se exatamente das protagonistas da emancipação feminina, da abolição do soutien, e dos desafios da dupla jornada. São essas mulheres que, acertando ou desafiando as regras, irão redefinir o papel e a imagem da mulher madura, para as próximas gerações. (SOUZA - LOBO, 1991).

PESSINI (1999) complementa que não se pode considerar a saúde das mulheres isoladamente. Homens, pais, irmãos, maridos, filhos, são importantes. Assim, para melhorar a saúde das mulheres, após a menopausa, precisamos analisar os

determinantes da situação de saúde das mulheres na realidade de suas vidas, isto é, como foi seu período reprodutivo, número de filhos tidos, tipos de partos, uso de contraceptivos etc.

No período reprodutivo, em relação à contracepção, as desigualdades sociais estão intimamente associadas às desigualdades sexuais para as mulheres. Se de um lado a medicalização da contracepção garante uma eficácia absoluta para o casal, de outro, ela não acontece sem riscos para a saúde das mulheres, como comprovam as contra-indicações médicas para o uso da pílula (doenças trombo-embólicas, doenças cardíovasculares, doenças no aparelho reprodutor, dentre outras). É bom também lembrar o arrependimento que a esterilização pode causar devido a sua irreversibilidade. No caso da maioria das mulheres brasileiras, a falta de informação, de escolha e de acompanhamento médico contrasta com uma minoria, que tem acesso a estes bens (BRUSCHINI, 1997).

O uso da anticoncepção mostra que a tecnologia não pode ser considerada independentemente de seu uso social. É neste sentido que a prática da contracepção é reveladora do desenvolvimento das relações de dominação e de poder entre as classes, entre homens e mulheres e entre os países. Pesquisas sociológicas e ideológicas sobre o uso dos contraceptivos apontam diretamente para as condições de saúde das mulheres, complementa BRUSCHINI (1997).

Desta forma, baseado nestes dizeres que considera-se, esta parte do presente estudo, como muito importante; pois, através de depoimentos de mulheres com mais de 50 anos, sobre suas vidas reprodutivas, que se irá retratar e construir subsídios, que possam contribuir para melhorar a atenção à saúde da mulher climatérica no Brasil.

2.3. Trabalho feminino público e privado e o planejamento familiar

Nas últimas décadas, a família brasileira tem passado por transformações de ordem social, política, cultural e isto tem percutido em seus estilos de vida, nos dias

atuais. A passagem da dominante família patriarcal para uma família menor, chamada nuclear é relacionada com tais transformações, a exemplo da urbanização e a industrialização. O que caracteriza com intensidade tais mudanças é, sem dúvida, a redefinição de papéis, principalmente o papel da mulher. Se antes o homem era o provedor de sua família, à sua esposa cabia cuidados com sua casa e sua prole. Os papéis estão sendo modificados e a mulher vem se lançando na esfera pública, pois o contínuo e intenso processo de absorção delas no mercado de trabalho, a fez ocupar novos espaços, principalmente o de provedora do lar. Assim, ela divide a esfera privada (âmbito doméstico) e abre novos caminhos na esfera pública (âmbito social) com a finalidade de aumentar a renda família; melhorando assim, a qualidade de vida de seus membros.

De acordo com MARQUES e CEBOTAREV (1994), se a unidade doméstica/família constitui a esfera privada da sociedade, é porque existiria uma outra esfera que seria pública; e esta é justamente a esfera de interesse com que se confronta o privado, por exemplo o Estado, como a política ou a economia de mercado, dependendo do ponto de referência que se toma. Assim, entende-se que a esfera pública é o outro lado da esfera privada.

Baseado em SOUZA-LOBO (1991), a emergência das mulheres no espaço público é vista nas práticas e mentalidades ocorridas nesses vinte últimos anos da história brasileira. Mudaram as mulheres ou mudou a sociedade? A população economicamente ativa feminina triplicou entre 1970 e 1985, forçadas pela queda dos salários reais as mulheres foram obrigadas a trabalhar fora para aumentar a renda familiar. Outro indicador de mudança foi a visível presença das mulheres em movimentos populares, voltadas em especial para a reprodução social: creches, saúde, transporte, tudo passou a ser “luta das mulheres”.

Ainda, SOUZA-LOBO (1991) afirma que, no contexto dessas novas práticas em que há ocupações nos espaços públicos e de lutas organizadas, a emergência das mulheres como personagens públicas era ao mesmo tempo acompanhada da descoberta de cada uma como mulher, como corpo sexuado; como pessoa, tanto quanto cidadã.

Todavia, para o feminismo, a opressão é bastante intensa e duplicada, sendo propiciada pelo capitalismo e pelo patriarcalismo, manifestando-se através de ações que subordinam as mulheres nos aspectos da produção econômica e da reprodução social. Opressão historicamente constituída e que exige da mulher uma duplicidade na jornada de trabalho, conjugando a produção econômica com a produção antroponômica, pois, se o capitalismo exigiu a inserção de mão-de-obra produtiva feminina, não a liberou do trabalho doméstico (NORTE e BRITTO, 1996).

GLENN (1979), diz que essa “invisibilidade” das mulheres originou-se do fato de que os historiadores concentram quase toda a atenção em acontecimentos, que ocorrem na esfera pública na arena da política, guerras, religião; ou seja, em áreas em que os homens dominam. Muito pouca atenção é prestada à história do âmbito privado da família, à criação dos filhos, sexualidade e saúde, chamado história social, onde pode-se considerar que as mulheres desempenham papéis importantes. O problema real parece estar em que os historiadores fizeram o julgamento subjetivo de que certos tipos de atividades, aquelas em que os homens se envolvem, são realmente mais importantes ou significativos do que as atividades femininas.

Quanto ao trabalho, sua definição é invariavelmente “emprego remunerado”. Por definição, portanto, o trabalho da mulher no lar não é considerado “trabalho verdadeiro”, (uma vez que não é remunerado). Em vez disso, o trabalho feminino no lar é tratado como integrante da relação familiar (GLENN, 1979).

A constante necessidade das mulheres em articular papéis familiares e profissionais limita sua disponibilidade para o trabalho, que depende de uma complexa combinação de características pessoais e familiares. O estado conjugal e a presença de filhos, associados à idade e à escolaridade da trabalhadora, as características do grupo familiar, tais como o ciclo de vida e a estrutura familiar, são fatores, que estão sempre presentes na decisão das mulheres de ingressar ou permanecer no mercado de trabalho, embora a necessidade econômica e a existência de emprego tenham papel fundamental (BRUSCHINI, 1997).

Mesmo, com a crescente presença feminina na força de trabalho, as mulheres enfrentam desigualdades em duplo sentido: uma segregação sexual horizontal, onde elas concentram-se em certos ramos de atividades e profissões e uma segregação sexual vertical, quando se nos postos considerados desqualificados, ou menos qualificados (SOARES, 1996).

PITANGUY (1991) afirma que é, à partir de 1975, que no Brasil, o debate feminista propõe, para o movimento de mulheres, a inclusão de novas temáticas na discussão sobre cidadania feminina, configurando um campo de reivindicações e propostas, que ultrapassa o que, tradicionalmente, se entende por “política”. De fato, como parte intrínseca do exercício da cidadania feminina, se propunha o debate em torno de questões como a discriminação da mulher no trabalho, a violência, a saúde, a situação da mulher no Código Civil e, principalmente, os direitos reprodutivos dentre outros pontos fundamentais.

Quanto ao conceito de direitos reprodutivos, este foi formulado a partir da reflexão das próprias mulheres a respeito do seu papel e das condições sociais e políticas que a sociedade tem oferecido para o exercício da função reprodutiva. A formulação é recente e traz uma nova perspectiva para a condição da mulher, na medida em que coloca como fundamental para o exercício da cidadania feminina, a possibilidade de optar livremente a questão da maternidade, por ter ou evitar filhos, o uso ou não de contraceptivos, o aborto e a esterilização, enfim a questão do planejamento familiar (ÁVILA, 1989). A luta pelos direitos das mulheres para se ter acesso às tecnologias reprodutivas, recentemente definidas como corrente majoritária do feminismo mundial de “direitos reprodutivos”, é uma das marcas contemporâneas do debate e da prática feminista sobre contracepção, a legalização do aborto, dentre outros aspectos da saúde reprodutiva das mulheres, especialmente para os países do terceiro mundo, complementa SCAVONE (1998). Assim, o planejamento familiar resulta numa prática constante das mulheres, em que valorizam sua liberdade de escolha, sua tomada de decisão, fazendo uso de seus direitos reprodutivos.

É evidente que a disponibilidade das mulheres para o trabalho não depende apenas de sua qualificação e das oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho, mas também de características pessoais e familiares, entre as quais a maternidade, que ocupa lugar de destaque, em virtude da constante necessidade de conciliar responsabilidades (BRUSCHINI, 1997).

No que compete ao governo, baseado no Manual de Normas Técnicas do Ministério da Saúde (1988) a nova República estabeleceu, em seu programa governamental, a prioridade às áreas sociais, com o objetivo de que o desenvolvimento social seja equivalente ao econômico, expressando, dessa forma, a grande mudança em direção à democracia. Na saúde, a diretriz norteadora do setor é o reconhecimento de que a assistência à saúde é um direito inalienável de todo o cidadão brasileiro. No caso específico da assistência à mulher, onde as Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da Mulher devem constituir-se o elemento central da assistência a ser prestada, principalmente, a questão do planejamento familiar, pois, todas as pessoas têm o direito à livre escolha dos padrões de reprodução, que lhes convenham como indivíduos ou casais.

RAMOS (1987) afirma que o controle que cabe aos poderes públicos não significa intervir na decisão das famílias e sim criar as condições gerais para que as pessoas possam, com autêntica liberdade de escolha, decidir, de modo responsável, sobre a dimensão da própria família. O autor aponta o fenômeno histórico do desenvolvimento como um processo de mudança social por excelência, provocando profundas e irreversíveis transformações estruturais e funcionais nas famílias. Assim, as famílias deixaram o aspecto produtivo para se transformarem em fontes de consumo, quanto menos filhos para consumir melhor. Desta forma, a sociedade entra num processo de desenvolvimento econômico, que deu origem à um padrão de comportamento social, com tendência à regulação dos nascimentos.

COSTA (1996), diz que o conceito de planejamento familiar a princípio, não se restringiria apenas aos aspectos procriativos, mas abrangeria o conjunto das

necessidades e aspirações de uma família. Mas, hoje está circunscrito às questões da reprodução; quando não apenas à contraceção.

Acompanhando os novos rumos do desenvolvimento, a emergência das mulheres no espaço público tornou-se uma questão de necessidade, pois, de acordo com SOUZA-LOBO (1991), para aumentar a renda familiar e, assim, melhorar as condições de vida, as mulheres foram obrigadas a trabalhar fora de casa. Desta forma a população economicamente ativa feminina triplicou nas últimas décadas.

De acordo com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM (1987), a participação das brasileiras no mercado de trabalho vem crescendo a uma velocidade surpreendente nos últimos anos. Em termos absolutos o contingente de trabalhadoras brasileiras triplicou em período considerado, aumentando de 6 milhões em 1970 para 18,5 milhões, em 1985. Tais estatísticas sobre a participação feminina no mercado de trabalho são insuficientes para captar toda a contribuição feminina para a produção social, na medida em que excluem as atividades informais, descontínuas e não mercantis, como o trabalho domiciliar ou a pequena produção familiar, que constituem parcela significativa da atividade desempenhada por mulheres.

O mito de que o sexo feminino teria vocação “natural” para o lar e para o trabalho doméstico tem sido questionado. A desnaturalização do destino biológico da mulher e a certeza de que as mulheres foram condicionadas, histórica e culturalmente, a essas funções, como um prolongamento da função biológica da reprodução, é uma das conquistas dos estudos sobre a mulher, afirma o CNDM (1987).

Segundo ARILHA (1997), praticamente três décadas já se passaram após as grandes mudanças estabelecidas pela contraceção no mundo e, no Brasil, foram feitos estudos, nos últimos anos, indicando que as mulheres desejam claramente ter menos filhos; buscam ativamente a contraceção; o uso de contraceptivos, longe de permitir a separação entre a sexualidade e a maternidade, representa a necessidade de preservar a saúde e a possibilidade de cuidar melhor dos filhos que já possuem e, principalmente, ampliar experiências e inserção na vida pública. Em síntese, usar contraceptivos não significa necessariamente uma ampliação de oportunidades para as mulheres, em

especial para as mais velhas, mas, muitas vezes, representa um alívio, pois terão menos filhos e poderão ter a saúde mais preservada.

A ideologia do planejamento familiar, que foi disseminada nos países de terceiro mundo, aconteceu, no caso do Brasil, para reduzir o seu crescimento demográfico, por causa de interesses dos Estados Unidos, que vislumbraram ameaças econômicas e políticas no crescimento exagerado da população (COSTA, 1996).

De acordo com RODRIGUES (1990), para se introduzir um programa de planejamento familiar num país, as instituições internacionais incentivam a formação de um grupo voluntário de médicos para orientar a população sobre o uso de contraceptivos, que se justifica diante da ocorrência elevada de aborto provocado, mortalidade materna e gravidez indesejada. A partir da divulgação dos resultados positivos obtidos, pela opinião pública, visa-se criar no país uma política populacional para evitar os riscos do descompasso entre crescimento demográfico e crescimento econômico sobre a democratização do uso de métodos modernos de contracepção, entre todas as camadas sociais. No Brasil, pode-se citar, como exemplo, a criação da BEMFAM (Sociedade Civil Bem - Estar Familiar no Brasil, em 1965). O próximo passo consiste em determinar diretamente ao governo do país para que se crie, em nível administrativo, uma política de planejamento familiar.

Contudo, o país estava despreparado para a demanda de informações sobre a contracepção e o planejamento familiar (COSTA, 1996). No Brasil, tentou-se primeiramente montar um programa de planejamento familiar, sob o rótulo de Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco. Em seguida, houve a inserção do planejamento familiar no PREV-SAÚDE, que nunca foi implantado. Depois, tentou-se implantar o Programa Nacional de Paternidade Responsável. Todos esses projetos, que foram elaborados a partir do Ministério da Saúde, não foram realizados, devido às críticas. Em 1987, entretanto, o governo federal obteve sucesso com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tem sido desenvolvido pelo governo federal, envolvendo os serviços médicos do Instituto

Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e, depois, segundo RODRIGUES (1990), do Serviço Unificado de Saúde (SUDS).

Apesar de pouco incentivo do governo federal aos planos e programas de planejamento familiar, a sua utilização por parte da população, na maioria, se fez devido às ações isoladas de alguns serviços públicos e de ações de entidades não-governamentais. Nas últimas duas décadas, foram realizados vários projetos de assistência ao Planejamento Familiar e à Saúde Reprodutiva, como por exemplo: Associados de Desenvolvimento; Fundação Ford; IFFLP (Federação Internacional para a Promoção da Vida Familiar); IPPF (Federação Internacional de Planejamento Familiar); IPAS (Ex- Serviços de Assistência para Projetos Internacionais); JOICFP (Organização Japonesa para Cooperação Internacional de Planejamento Familiar); JHPIEGO (Programa Johns Hopkins para a Educação Internacional de Saúde Reprodutiva); Pathfinder Internacional; BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar familiar); Conselho de População; PATH (Programa para Tecnologia Adequada na Saúde); Fundação Rockefeller; e Universidade de Michigan, Centro de Estudos Populacionais. As Organizações de Assistência Multilateral como o Fundo Populacional das Nações Unidas, o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde - OMS foram outras fontes de ajuda (PLANEJAMENTO, 1999)

A doutrina central dos programas de planejamento familiar é reforçar a contracepção, o que significa fortalecer os direitos das pessoas em definir o tamanho de sua prole; mesmo ciente da desigualdade social da população, a filosofia desses programas abrange a todos, como forma de democratização. Dessa maneira, faz-se necessário entender a evolução dos métodos contraceptivos, traçando o seu histórico e relatando datas de surgimento de cada um deles. Com base em DEDA (1996), a história dos contraceptivos iniciou-se em 3000 ac. na Mesopotâmia, onde se evitava a gravidez com o uso de fezes de bovinos, cuja ação era espermicida. Em 1000ac., o Velho Testamento mencionava mulheres que não engravidavam, quando tinham relações sexuais nas vésperas da menstruação, era o princípio da tabela. No século I, consta em registros que os chineses usavam delicadas camisinhas de papel de seda

lubrificadas e no século XVII, aparecem as camisinhas de “tripa de carneiro”, na Corte do rei inglês Carlos II. Em 1840, com a difusão da borracha, surgem os preservativos de látex e na década de 40, o diafragma usado em conjunto com espermicidas. Na década de 50, foi inventado no Japão o DIU (dispositivo intra-uterino) e, em 1956, Gregory Pineus fabricou a primeira pílula anticoncepcional, dando início à revolução Sexual, dos anos 60. Nos anos 70, o DIU foi aperfeiçoado, com colocação de cobre em sua haste; em 1982, o francês Étienne-Baulieu apresentou a RU-486, a “pílula do dia seguinte”; em 1985, começaram a ser usados os implantes intra-dérmicos; em 1990, começou a ser testada a pílula para o homem; em 1994, surgiu no mercado a camisinha feminina e, finalmente, em 1996, na Inglaterra, foi lançado o Persona, a “ tabelinha eletrônica”.

O uso de métodos de controle da fecundidade exige da mulher conhecimentos de seu corpo e, principalmente, do leque de opções dos contraceptivos.

Segundo ARRILHA (1997), alguns dados de uso de contraceptivos no país remetem para a hipótese de que, no Brasil, a escolaridade influi na decisão do uso de contraceptivos em geral. Diante das opções, as mulheres estão sob hegemonia da esterilização e da pílula. Entretanto, no geral, tanto o controle da fecundidade como a presença feminina na força de trabalho têm sido considerados internacionalmente como indicadores de modernidade na condição social feminina, na medida em que a identidade de gênero tradicionalmente enfatiza justamente a função reprodutiva da mulher e seu confinamento à esfera familiar (GIFFIN e COSTA, 1997).

COSTA (1996) complementou que não se pode discutir planejamento familiar sem considerar a questão das tecnologias reprodutivas e ressalta a necessidade de definir, por parte do SUS, mecanismos de socialização dos conhecimentos, assim como informações com normas claras e amplamente discutidas para toda a população.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho geral

Este trabalho trata de um estudo descritivo, no qual a população maior de 50 anos, do sexo feminino, residente em Viçosa - MG, foi caracterizada quanto a fatores sócio-econômico-culturais que determinaram sua vida reprodutiva e o tipo de trabalho realizado.

3.2. Área, população e amostra

Optou-se por um estudo amostral, com aplicação de inquérito, assim delineado: indivíduos do sexo feminino, maiores de 50 anos, casadas, com filhos e residentes na zona urbana de Viçosa – MG, que totalizam um universo de, aproximadamente, 4420 indivíduos (IBGE). A prevalência amostral esperada foi de 20% e a real, de 16,75%. Esta margem representou intervalo de confiança de 95%, ou seja, erro menor ou igual a 5%. A amostra foi calculada de acordo com o proposto por LWANGA (1982), perfazendo um total de 214 mulheres, utilizando-se a seguinte equação:

$$n = (p * q) / [(E / 1,96)^2]$$

em que

n = o tamanho de amostra necessário;

p = a taxa máxima de prevalência esperada;

q = $100 - p$; e

E = a margem de erro amostral tolerado.

3.3. Forma de coleta dos dados

Os dados relacionados ao perfil reprodutivo de mulheres com mais de 50 anos foram coletados por meio de inquérito. Inicialmente, para validação do questionário, foi realizado um pré-teste com 10 inquéritos. Foram entrevistadas 214 mulheres com idade acima de 50 anos, da zona urbana de Viçosa, inscritas no Programa de Atenção à Terceira Idade (PRATI) do Núcleo de Saúde Pública (NUSP) da Universidade Federal de Viçosa (UFV) e da Prefeitura Municipal de Viçosa (PMV), assim como mulheres da comunidade não-inscritas formalmente no programa. Essas 214 mulheres foram caracterizadas de acordo com a idade, pois, com base na Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994, no artigo 2º, considera-se idoso a pessoa maior de sessenta anos de idade. Assim, foram analisadas mulheres com mais de 60 anos, representando a idade equivalente ao início do envelhecimento, e mulheres com idade entre 50-60 anos, evidenciando, dessa forma, a questão do início da menopausa estar relacionado com o início do envelhecimento. Quanto ao trabalho, as mulheres foram divididas em dois grupos de 107 integrantes: o primeiro corresponde às que historicamente foram inseridas no mercado de trabalho e o segundo, àquelas que permaneceram na esfera doméstica, ou seja, exerceram trabalhos apenas no âmbito doméstico, sem remuneração. Para as mulheres não-inscritas no PRATI, usou-se a técnica de pesquisa de campo – Bola de neve (Survey), cujo procedimento foi eleger uma primeira mulher conhecida da comunidade de Viçosa. A esta mulher, após ser entrevistada, pediu-se para que indicasse outra, e assim sucessivamente (KISH, 1965).

3.3.1. Programa de atenção à terceira idade - PRATI

Nos últimos tempos, todas as sociedades humanas, públicas e privadas têm-se organizado para enfrentar os desafios inerentes ao início do 3º milênio.

Os municípios do interior de Minas Gerais já começaram a constatar a existência de mudança na composição e características demográficas, epidemiológicas e sócio-econômicas, o que já se constitui em sério problema de planejamento e administração, suscitando reformas políticas. Em Viçosa, cerca de 10 mil pessoas, aproximadamente, já possuem mais de 55 anos de idade, e entende-se que é importante o estudo dessas mudanças. Em 1994, a Secretaria Municipal de Ação Social, por intermédio do Departamento de Assistência Social, atendendo inicialmente 86 idosos, criou o Clube da Terceira idade, visando estimular sua socialização, por meio de participação em atividades físicas e recreativas. Partindo-se desta concepção e da necessidade de ampliação do trabalho com a terceira idade, criou-se o PRATI, com o objetivo principal de restaurar a cidadania, por meio da valorização do idoso no contexto sócio-familiar, ampliando, dessa forma, a consciência das reais limitações desta população. Em parceria, o Núcleo de Saúde Pública do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa e a Prefeitura Municipal de Viçosa estão executando vários projetos específicos que irão promover, em um processo educativo-preventivo, a melhoria da qualidade de vida do idoso, preparando-se, assim, para os desafios futuros.

3.4. Operacionalização das variáveis

3.4.1. Conceito e características de velhice

O conceito e as características de quando se fica idosa foram abstraídos do inquérito aplicado a todas as mulheres, bem como a grupos diferenciados pelo tipo de trabalho que realizaram durante o seu período fértil. Foram inquiridas mulheres com idade entre 50-60 anos e superior a 60 anos e buscou-se conhecer aspectos cronológicos (classificação da velhice quanto à idade), biológicos (identificação da velhice quanto a características físicas), psicológicos (identificação da velhice relacionada com o sentimento) e sócio-culturais.

3.4.2. Estilo de vida das mulheres

As idosas foram caracterizadas, por intermédio dos indicadores de renda per capita (calculada por meio de salários mínimos em reais) e consumo (prioridade nos gastos com alimentação, habitação, saúde, vestuário, lazer etc), devendo-se obter a sua situação ou estilo de vida, pois, conforme FITZSIMMONS e WILLIAMS (1974), o estilo de vida abrange os componentes de nível de vida que são desenvolvidos a partir de ideais sociais, nível educacional, ocupação, renda, bens disponíveis, diferenças individuais, residência e aspirações.

Além disso, procurou-se evidenciar, a partir do depoimento da mulher idosa, as seguintes questões: finalidade da remuneração ganha, tipos de serviços comprados, tipos de equipamentos domésticos que possuíam e desfrutavam; tempo de trabalho (horas gastas com o trabalho doméstico); valor dado ao trabalho pela família (perguntou-se à idosa qual a importância do seu trabalho do ponto de vista da família), valor dado ao trabalho por ela (a importância do seu próprio trabalho doméstico); e divisão do trabalho doméstico, bem como cuidados com os filhos menores.

Outros fatores analisados em relação às idosas estão relacionados a aspectos socio-culturais, como lazer (quais as atividades que elas realizam) e escolaridade (avaliada por intermédio do grau de instrução alcançado).

3.4.3. Fatores reprodutivos e epidemiológicos das mulheres

Em relação aos fatores epidemiológicos e reprodutivos, foram evidenciados e caracterizados indicadores relacionados à saúde da mulher e ao planejamento familiar. Dessa forma, pode-se conhecer a vida reprodutiva da mulher idosa, bem como sua saúde. Foram levantados atributos como determinantes epidemiológicos individuais (idade, filhos tidos) e intencional (planejamento familiar: se fez ou não), bem como condicionantes do controle reprodutivo, como a motivação (tamanho ideal da família). Foram evidenciadas a disponibilidade de contraceptivos, componentes intermediários – como o controle da natalidade (anticoncepcionais, esterilização e aborto) – e potencial reprodutivo (fertilidade, lactância e aborto espontâneo); as preferências reprodutivas (total de filhos desejados, filhos não-desejados etc); e as questões de fecundidade (idade da 1ª gravidez). Além das questões citadas, também levantou-se: a idade em que ocorreu a menopausa; se fez ou faz algum tratamento de reposição hormonal; se teve algum tipo de patologia: câncer de mama e colo do útero, após a menopausa.

Para o cálculo dos coeficientes de fecundidade e natalidade, foram utilizadas as seguintes fórmulas:

- Coeficiente geral de fecundidade

$$\text{C.G.F} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos numa área no ano}}{\text{população de mulheres de 15 a 49 anos no mesmo período}} \times 100$$

- Coeficiente de natalidade geral

nº de nascidos vivos numa área no ano

$$\text{C.N.G} = \frac{\text{População da área ajustada para o meio do ano}}{\text{População da área ajustada para o meio do ano}} \times 100$$

Estes indicadores foram utilizados para analisar o potencial reprodutivo das mulheres, pois, segundo PEREIRA (1995), o potencial de procriar pode, na prática, não se realizar em algumas mulheres, em razão de esterilidade ou infertilidade, em decorrência de ser controlado voluntariamente. A real geração de filhos, isto é, a materialização do potencial de procriar, é a informação prática de interesse, que é fornecida pelas medidas de fecundidade.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um universo de 214 mulheres, para análise e discussão dos resultados, foram considerados dois grupos, de acordo com o tipo de trabalho realizado na época em que estavam no período reprodutivo: **grupo 1:** trabalho realizado apenas no âmbito doméstico e **grupo 2:** trabalho remunerado realizado fora do âmbito doméstico. O grupo 1 foi composto por 31 mulheres (29,0%), que possuíam idade entre 50-60 anos, e 76 mulheres (71,0%), com idade superior a 60 anos. O grupo 2 foi composto de 36 mulheres (33,6%) com idade entre 50-60 anos e 71 mulheres (66,4%) com idade superior a 60 anos.

As mulheres de ambos os grupos foram inquiridas quanto aos aspectos cronológicos, físicos, psicológicos, sócio-culturais e de saúde, em relação ao envelhecimento, e também quanto ao tipo de trabalho realizado na época em que estavam no período reprodutivo, bem como aos aspectos relacionados à sua reprodução e à sua saúde. Com relação ao estado civil das mulheres com idade entre 50-60 anos, do grupo 1, 2,0% são viúvas e 27,0%, casadas, e das mulheres com mais de 60 anos, 32,7% são viúvas; 37,3%, casadas; e 1,0%, divorciadas. Já as mulheres do grupo 2, com idade entre 50-60 anos, 5,6% são viúvas; 27,0%, casadas; e 1,0%, separadas; e aquelas com idade superior a 60 anos, 35,5% são viúvas; 27,0%, casadas; e 1,0%, separadas.

Ressalta-se que a inserção da mulher no mercado de trabalho ocorreu, segundo SOARES (1996), a partir da década de 70, tendo havido um processo contínuo e intenso de absorção pelo mercado capitalista. BRUSCHINI (1990) afirmou que a participação da mulher na produção social não se definiu apenas pelas condições do mercado da época ou pela estrutura de emprego, ou ainda, mais genericamente, pelo nível de desenvolvimento da sociedade brasileira, mas por sua posição na família, na qual o seu trabalho passou a ser fonte integrante e indispensável das estratégias familiares de sobrevivência, manutenção de “status” ou ascensão social. Ainda, BRUSCHINI (1997) complementa que este novo padrão de comportamento feminino, que surgiu desde os anos 70, poderia ser explicado por uma combinação de três fatores: culturais, demográficos e econômicos. Sob a ótica da demanda do mercado, a expansão da economia, a crescente urbanização e o ritmo acelerado da industrialização proporcionaram a entrada de trabalhadoras no mercado de trabalho e, na ótica da oferta de trabalhadoras, em um cenário de profundas transformações nos padrões de comportamento e de valores quanto ao papel social da mulher, impulsionadas pelos movimentos feministas, resultaram na maior participação destas nos espaços públicos, isto é, no trabalho produtivo.

Com base neste cenário, o presente estudo se propôs a caracterizar mulheres maiores de 50 anos de idade e verificar, por meio da comparação dos dois grupos (quanto ao tipo de trabalho), o momento em que elas são inseridas no mercado de trabalho. Como para a maioria, essa inserção coincidiu com o período da fertilidade, acontecendo entre as décadas de 40, 50 e 60, o que não correspondeu ao início historicamente favorável à entrada das mulheres no espaço público, isto sugere que as mulheres classificadas nos dois grupos não teriam parâmetros muito diferenciados de comparação.

4.1. Aspectos físico-biológicos e psíquicos de mulheres que completaram seu período fértil

Como já foi elucidado anteriormente, de acordo com a Política Nacional do Idoso, lei nº 8842 de 4 janeiro de 1994, no Brasil, considera-se uma pessoa idosa aquela que possui idade superior a 60 anos. Para o presente trabalho, considerou-se a idade a partir de 50 anos, com base na hipótese de que a menopausa seria um marco de transição da vida adulta para o início do envelhecimento. Outro fato refere-se a uma pesquisa das condições de saúde, realizada em 1996 pelo Núcleo de Saúde Pública - NUSP da UFV, em que tanto as mulheres de 50-60 anos, como as maiores de 60 anos, possuem as mesmas doenças, principalmente as crônico-degenerativas, a exemplo de obesidade, hipertensão, diabetes, dislipidemias, cânceres, entre outras. Além disso, segundo TOLOSA (1997), a menopausa, para muitas mulheres, determina o início do envelhecimento, pois a reprodução social historicamente construída a partir do papel das mulheres na formação da família e, principalmente, na reprodução as fazem pensar que o cessar das funções reprodutivas é o grande sinal para iniciar o envelhecimento.

Com base nesta concepção, procurou-se identificar o início do envelhecimento, segundo características cronológicas na percepção de mulheres que permaneceram no âmbito doméstico e daquelas que buscaram o trabalho remunerado. As características cronológicas são apresentadas na Tabela 1. Pode-se observar que, em relação à idade inicial do envelhecimento, para a maioria das mulheres dos grupos 1 e 2, independente da idade, a tendência é que o início do envelhecimento acontece após os 60 anos, indo de encontro à lei que ampara os idosos no país, lei nº 8842 de 4 janeiro de 1994. Ressalta-se, ainda, que 19,9% das mulheres do grupo 1 e 17,9% do grupo 2 não consideram a idade como marco inicial para o envelhecimento. Segundo essas mulheres, o início do envelhecimento se dá individualmente, no qual cada pessoa tem o seu conceito, seus indicadores próprios.

Tabela 1 - Características cronológicas na percepção de mulheres maiores de 50 anos, por tipo de trabalho. Viçosa - MG, 1999

Idade	Características cronológicas do envelhecimento (percepção)	Tipo de trabalho			
		Domiciliar		Trabalho remunerado	
		Nº	%	Nº	%
50-60 anos	40 anos	1	0,9	-	-
	50 anos	6	5,6	3	2,7
	60 anos	10	9,3	14	13,0
	Acima de 70 anos	10	9,3	15	14,0
	Não consideram a idade	4	3,9	4	3,9
	Subtotal	31	29,0	36	33,6
> 60 anos	40 anos	2	1,8	-	-
	50 anos	10	9,3	6	5,6
	60 anos	23	21,4	22	20,5
	Acima de 70 anos	24	22,5	28	26,3
	Não consideram a idade	17	16,0	15	14,0
	Subtotal	76	71,0	71	66,4
Total		107	100,0	107	100,0

Com relação aos aspectos físicos ou biológicos que determinam o envelhecimento, apresentados na Tabela 2, pode-se observar que o aparecimento das doenças tem alta prevalência entre as mulheres pesquisadas. De acordo com NOVAES (1995), uma das características próprias do envelhecimento é o comprometimento das condições de saúde pelas doenças, que levam à dependência e, conseqüentemente, à baixa auto-estima. RISSIN (1999) relatou que a identidade feminina, por estar baseada na beleza jovial e na capacidade de sedução das mulheres, modifica com o tempo, alterando todo o corpo, mudando as características femininas. Os resultados obtidos confirmam os achados dos autores supracitados, em que 70,1% das mulheres do grupo 1 e 74,6% do grupo 2 apontam como principal característica física determinante do

envelhecimento o aparecimento das doenças. Pode-se notar também que as características físicas, como o aparecimento das rugas e o embranquecimento dos cabelos, foram também representativas entre as mulheres dos grupos 1 e 2, indicando o início do envelhecimento. Observou-se que, em relação à menopausa, a qual acontece por volta dos 50 anos de idade, apenas 26,0% das mulheres do grupo 1 e 21,6% das mulheres do grupo 2 consideraram a última menstruação como marco para se tornar idosa, o que contraria o preceito TOLOSA (1997) de que a menopausa é uma marca registrada de envelhecimento para as mulheres.

Tabela 2 - Características físico-biológicas do envelhecimento na percepção de mulheres maiores de 50 anos, por tipo de trabalho. Viçosa, MG - 1999

Idade	Características físicas*	Tipo de trabalho			
		Domiciliar		Trabalho remunerado	
		Nº	%	Nº	%
50-60 anos	Quando enruga	8	7,4	10	9,3
	Quando embranquece os cabelos	6	5,6	10	9,3
	Quando aparecem doenças	29	27,1	28	26,1
	Após a menopausa	11	10,2	6	5,6
	Nenhuma	2	1,8	4	3,4
> 60 anos	Quando enruga	21	19,6	33	30,8
	Quando embranquece os cabelos	19	17,7	35	32,7
	Quando aparecem doenças	46	43,0	52	48,5
	Após a menopausa	17	15,8	17	15,8
	Nenhuma	5	4,6	1	0,9

* Os percentuais não somam 100% pelo fato de as mulheres inquiridas terem optado por mais de uma das características apresentadas.

Quanto às características psicológicas, LORENZETTO (1999) comenta que os idosos convivem com inúmeros preconceitos, além da solidão e da inutilidade, o que provoca sentimentos relacionados à baixa auto-estima e, na maioria das vezes, depressão. Os dados apresentados na Tabela 3 colocam em evidência características psicológicas importantes para as mulheres, indicando o início do envelhecimento. As mulheres de ambos os grupos apontaram a depressão e o sentimento de inutilidade como características marcantes para se iniciar o envelhecimento, confirmando, dessa forma os estudos desse autor. Existe maior percepção das mulheres com idade superior a 60 anos nos dois grupos em comparação às com idade entre 50-60 anos, em se tratando das características psicológicas colocadas em evidência, o que pode ser facilmente compreendido, provavelmente pelo fato destes atributos estarem mais acentuados no grupo das mulheres de idades mais avançada.

Tabela 3 - Distribuição das características psicológicas das mulheres maiores de 50 anos, por tipo de trabalho. Viçosa, MG – 1999

Idade	Características psicológicas*	Tipo de trabalho			
		Domiciliar		Trabalho remunerado	
		Nº	%	Nº	%
50-60 anos	Entra em depressão	21	19,6	22	20,5
	Sente-se inútil	25	23,3	27	25,2
	Tem medo da morte	12	11,2	5	4,6
	Torna-se um peso para a família	11	10,2	9	8,4
	Sente-se rejeitado	11	10,2	4	3,7
	Nenhuma	2	1,8	3	2,8
> 60 anos	Entra em depressão	29	27,1	36	33,6
	Sente-se inútil	62	57,9	51	47,6
	Tem medo da morte	3	2,8	11	10,2
	Torna-se um peso para a família	8	7,4	13	12,1
	Sente-se rejeitado	4	3,7	12	11,2
	Nenhuma	3	2,8	1	0,9

* Os percentuais não somam 100% pelo fato de as mulheres inquiridas terem optado por mais de uma das características apresentadas.

Segundo DEBERT (1996) e NOVAES (1995), a aposentadoria, para a sociedade, é um indicador de passagem para a velhice, ou seja, o idoso, além dos problemas econômicos e das perdas, passa a ser caracterizado como inútil; assim, as perdas familiares e sociais reduzem o mundo de relações dos idosos, contribuindo para aumentar a solidão e a depressão. Os idosos são encarados também como um peso social e, portanto, alvo de preconceitos. Com relação às características sócio-culturais obtidas neste trabalho, demonstradas na Tabela 4, na percepção das mulheres do grupo 1, de ambos os grupos etários, as características que mais evidenciaram o início do envelhecimento foram a aposentadoria e a solidão. Para as mulheres do grupo 2, de

ambos os grupos etários, a característica que evidencia o início do envelhecimento é a aposentadoria. Pode-se verificar que o fator aposentadoria é mais sentido pelas mulheres com idade superior a 60 anos nos dois grupos. Provavelmente, as mulheres com idade entre 50-60 anos possuem mais relacionamentos que as demais. O fato de as mulheres terem saído de casa para trabalhar permitiu a ampliação e o fortalecimento do ciclo de amizades, assim, a aposentadoria teve impacto bem mais forte nas mulheres que permaneceram no âmbito doméstico, pois provavelmente o ciclo social pode ter sido menor.

Tabela 4 - Características sócio-culturais do envelhecimento na percepção das mulheres maiores de 50 anos, por tipo de trabalho. Viçosa, MG – 1999

Idade	Características sócio-culturais* do envelhecimento	Tipo de trabalho			
		Domiciliar		Trabalho remunerado	
		Nº	%	Nº	%
50-60 anos	Quando aposenta	14	13,0	18	16,8
	Quando se torna avó	5	4,6	2	1,8
	Quando o sexo é visto preconceito	4	3,7	9	8,4
	Quando estão sozinhas	4	3,7	3	2,8
	Nenhuma	14	13,0	13	12,1
> 60 anos	Quando aposenta	32	29,9	39	36,4
	Quando se torna avó	18	16,8	12	11,2
	Quando o sexo é visto preconceito	20	18,6	11	10,2
	Quando estão sozinhas	58	54,2	15	14,0
	Nenhuma	3	2,8	15	14,0

* Os percentuais não somam 100% pelo fato de as mulheres inquiridas terem optado por mais de uma das características apresentadas.

Com relação à percepção das próprias mulheres quanto ao fato de se sentirem idosas, os resultados podem ser observados na Tabela 5. De acordo com SASSI et al. (1998), um aspecto importante que deve ser observado nas pessoas é o modo como encaram o envelhecimento – se é uma tragédia ou se uma etapa normal no ciclo vital –, como é a infância, a adolescência e a vida adulta. Percebe-se que, com o avanço da idade, há um abalo na auto-imagem das pessoas, que para muitos é negativa, interferindo até nas relações sociais. Face aos resultados obtidos, tanto para as mulheres que permaneceram no âmbito doméstico como as que realizaram trabalho remunerado, 54,3 e 65,5%, respectivamente, não se consideravam idosas. De acordo com os autores supracitados, a maioria das mulheres maiores de 50 anos considera o envelhecimento uma etapa normal do ciclo vital.

Tabela 5 - Frequência percentual de mulheres maiores de 50 anos, quanto a se sentir idosa, por tipo de trabalho. Viçosa, MG - 1999

Idade		Tipo de trabalho			
		Domiciliar		Trabalho remunerado	
		Nº	%	Nº	%
50-60 anos	Sim	14	13,0	15	14,0
	Não	17	16,0	21	19,6
	Subtotal	31	29,0	36	33,6
> 60 anos	Sim	35	32,5	22	20,5
	Não	41	38,5	49	45,9
	Subtotal	76	71,0	71	66,4

Vale salientar a importância de se conhecerem os motivos que levaram às mulheres inquiridas, independentemente da idade e do tipo de trabalho, a se considerarem idosas, como mostram os depoimentos, abaixo citados:

- *“sempre tenho alguma doença”*;
- *“não agüento mais fazer serviços pesados”*;
- *“não faço as coisas como antes”*;
- *“tenho dificuldades para fazer as coisas como antes”*;
- *“sinto muitas dores”*;
- *“me sinto idosa por causa da minha aparência, meus cabelos brancos e minhas rugas”*;
- *“já tenho idade, passei dos 60 anos”*;
- *“vejo meus filhos já adultos”*;
- *“já estou cansada, sem ânimo”*;
- *“já vivi bastante”*;
- *“perdi meus familiares, não vou demorar a morrer”*;
- *“fico muito em depressão, com vontade de morrer”*; e
- *“vejo minhas limitações, sei que esta no fim”*.

Para as mulheres que não se sentem idosas, um fator importante observado foi que 100% do grupo das mulheres que não se sentem idosas, estavam inscritas oficialmente no PRATI. Depreende-se disto a importância dos programas oficiais da terceira idade estarem cultivando o lado bom do envelhecimento. Segundo NOVAES (1995), o bom envelhecimento é aquele que permite olhar para a vida serenamente e lutar pelos seus valores de modo ativo, o que pode ser vivido nos grupos de terceira idade. Assim, de acordo com as mulheres entrevistadas, elas não se sentem idosas, porque:

- *“ainda trabalho bastante”*;
- *“faço tudo que sempre fiz”*;
- *“sou animada”*;
- *“tenho boa aparência, boa saúde”*;
- *“me acho jovem”*;

- *“depois que entrei na 3ª idade me sinto melhor”*;
- *“ainda tenho esperanças”*;
- *“ainda tenho bastante coisas para aprender”*;
- *“tenho espírito jovem”*;
- *“não cheguei aos 60 anos”*;
- *“idosa não me sinto, pois não estou doente”*; e
- *“faço tudo com perfeição”*.

4.2. Estilo de vida das mulheres que completaram seu período fértil

Com respeito ao estilo de vida, foram analisados aspectos relativos à renda, à escolaridade, às atividades sociais e culturais e à vida cotidiana das mulheres, em termos do trabalho realizado.

4.2.1. Renda

Em relação à renda, CHAIMOWICZ (1998) relatou que o baixo poder aquisitivo é o mais marcante para a população idosa brasileira. VERAS (1994) complementou afirmando que os idosos, em geral, são menos “aquinhoados” economicamente que os adultos mais jovens da mesma população, fato justificável devido às mudanças sociais impostas ao Brasil nas últimas décadas. A realidade dos idosos de Viçosa não é diferente da realidade apresentada em nível nacional, pois, como pode ser observado na Tabela 6, a maioria das idosas vive com renda atual entre 1 e 2 salários mínimos (SM). Das mulheres do grupo 1, 47,6% nos dois grupos etários e 35,4% do grupo 2 possuíam renda de até 2 SM. É importante ressaltar que foi analisada somente a renda atual das mulheres, mas, por intermédio da renda atual, pode-se inferir que a renda da maioria, na época em que estavam no período reprodutivo, não era muito diferente. Ressalta-se ainda que 16,8% das mulheres do

grupo 1 e 7,4% do grupo 2 não possuíam renda, na época da avaliação, seja por não estarem trabalhando ou por não terem se aposentado.

Tabela 6 - Distribuição da renda atual das mulheres maiores de 50 anos, por tipo de trabalho. Viçosa, MG - 1999

Idade	Renda em salários mínimos	Tipo de trabalho			
		Domiciliar		Trabalho remunerado	
		Nº	%	Nº	%
50-60 anos	Menos que 1 SM	-	-	1	1,0
	Mais que 1SM até 2SM	9	8,4	13	12,1
	Mais que 2SM até 3SM	2	1,8	7	6,5
	Mais que 3SM até 4SM	5	4,6	5	4,6
	Mais que 4SM até 5SM	2	1,8	3	2,8
	Mais que 5SM até 8SM	3	2,8	3	2,8
	Mais que 8SM	1	1,0	2	1,8
	Não têm salário	9	8,4	2	1,8
> 60 anos	Menos que 1 SM	-	-	8	7,4
	Mais que 1SM até 2SM	42	39,2	25	23,3
	Mais que 2SM até 3SM	15	14,0	12	11,2
	Mais que 3SM até 4SM	7	6,5	-	-
	Mais que 4SM até 5SM	2	1,8	10	9,3
	Mais que 5SM até 8SM	-	-	6	5,6
	Mais que 8SM	1	1,0	4	3,7
	Não têm salário	9	8,4	6	5,6

Com relação aos gastos, como pode ser observado na Tabela 7, para as mulheres com idade superior a 60 anos, de ambos os grupos de trabalho, a saúde ocupou o 2º lugar, confirmando-se, assim, a realidade dos idosos brasileiros, quanto a inúmeros gastos com manutenção e recuperação da saúde. VERAS (1994) comentou que a velhice para as mulheres também está associada à frágil saúde, elevando os níveis de pobreza já altos deste contingente populacional.

Tabela 7 - Distribuição quanto à ordem de prioridade nos gastos das mulheres maiores de 50 anos, por tipo de trabalho. Viçosa, MG - 1999

Idade	Ordem dos gastos	Tipo de trabalho	
		Domiciliar	Trabalho remunerado
		Nº	Nº
50-60 anos	Alimentação	1º	1º
	Habitação	2º	2º
	Saúde	3º	3º
	Lazer	4º	4º
	Vestuário	5º	5º
	Outros	6º	6º
> 60 anos	Alimentação	1º	1º
	Habitação	3º	3º
	Saúde	2º	2º
	Lazer	4º	4º
	Vestuário	5º	5º
	Outros	6º	6º

4.2.2. Escolaridade

VERAS (1994) aponta que os idosos, em geral, possuem poucos anos de educação formal. O autor afirma que, sob reflexo de toda uma organização social do início do século, em que a educação era privilégio de poucos e mais disponível para o sexo masculino, as mulheres, em consequência disto, possuíam menos educação e menos recursos financeiros. Quanto às mulheres de Viçosa, referindo-se à escolaridade, a maior concentração está no ensino fundamental completo e incompleto, o que vai de encontro aos estudos do autor supracitado. Não há distinção de escolaridade entre os grupos etários de mulheres e, principalmente, entre os grupos de trabalhos realizados, como pode ser verificado na Tabela 8. BRUSCHINI (1997) comentou que a associação entre a escolaridade e o trabalho feminino é tão intensa que quase elimina possíveis obstáculos à atividade econômica da mulher fora do lar.

Tabela 8 - Distribuição da escolaridade atual das mulheres maiores de 50 anos, por tipo de trabalho. Viçosa, MG – 1999

Idade	Escolaridade	Tipo de trabalho			
		Domiciliar		Trabalho remunerado	
		Nº	%	Nº	%
50-60 anos	Ensino fundamental incompleto	13	12,0	13	12,0
	Ensino fundamental completo	13	12,0	9	8,4
	Ensino médio incompleto	-	-	-	-
	Ensino médio completo	1	1,0	9	8,4
	Ensino superior	-	-	2	1,8
	Analfabeta	4	4,0	2	1,8
	Alfabetizada em casa	-	-	1	1,0
> 60 anos	Ensino fundamental incompleto	26	24,2	29	27,1
	Ensino fundamental completo	30	28,0	23	21,5
	Ensino médio incompleto	1	1,0	-	-
	Ensino médio completo	13	12,0	16	15,0
	Ensino superior	-	-	1	1,0
	Analfabeta	4	4,0	2	1,8
	Alfabetizada em casa	2	1,8	-	-

4.2.3. Atividades sociais e culturais

Com relação às atividades realizadas pelas mulheres, de acordo com CARDOSO (1992), o exercício físico ajuda na diminuição do processo de degeneração e contribui para a preservação das estruturas orgânicas, além de levar o indivíduo à participação grupal e associativa, resultando em nível adequado de bem-estar bio-psico-físico para a população envelhecida.

Quanto às atividades físicas, para as mulheres do grupo 1, com idade entre 50-60 anos, 21,4% faziam caminhada; 16,8%, ginástica; 8,4%, hidroginástica; 8,4%, algum tipo de dança; 6,5%, outras atividades – como natação, jogos etc; e apenas 3,7% não tinham nenhum tipo de atividade. Entre as mulheres com mais de 60 anos, 47,6% realizavam a caminhada; 36,4%, ginástica; 15,8%, hidroginástica; 7,4%, dança; 12,1%, outras atividades; e apenas, 4,7% não realizavam nenhum tipo de atividade. Para ambos os grupos, era escolhida mais de uma alternativa por mulher.

Para as mulheres do grupo 2, com idade entre 50-60 anos, 20,5% realizavam caminhada; 8,4%, ginástica; 7,4%, hidroginástica; 2,8%, dança; 7,4%, outras atividades; e 4,6% não tinham nenhuma atividade. Entre as mulheres com idade superior a 60 anos, 42,9% faziam caminhada; 30,8%, ginástica; 6,5%, hidroginástica; 11,2%, dança; 14,0%, outras atividades; e 2,8% não exerciam nenhum tipo de atividade física.

As atividades sociais, como visitas a amigos e familiares da cidade, ajuda comunitária (grupos de senhoras que ajudam famílias e pessoas carentes, geralmente, são atividades ligadas à Igreja), grupos de artesanatos e jogos, eram realizadas com o intuito de preencherem o tempo livre e, muitas vezes, para se divertirem. Para as mulheres do grupo 1, com idade entre 50-60 anos, 14,0% participavam de algum tipo de atividade social; para as mulheres com idade superior a 60 anos, a porcentagem foi de 27,1%. Já as mulheres do grupo 2, com idade entre 50-60 anos, 12,1% tinham alguma das atividades acima e 36,4% com mais de 60 anos realizavam atividades sociais.

Para muitas mulheres idosas, preencher o tempo livre, além de ter efeito de socialização, passa a ser um momento de necessidade, pois, ao se encontrarem com pessoas da mesma faixa etária, torna-se um momento de cumplicidade e troca de experiências e idéias, em que elas estarão falando de assuntos semelhantes. De acordo com LORENZETTO (1998), as pessoas idosas, uma vez livres dos afazeres do trabalho, do lar e da família, passam a direcionar seu tempo para desempenhar as lembranças, porque as reflexões seguem outra linha, crescendo a nitidez das imagens

de outrora, e compartilham atividades que, muitas vezes, são consideradas de pessoas idosas.

Em relação às atividades culturais, para as mulheres do grupo 1, com idade entre 50-60 anos, 28,9% assistiam TV e gostavam de saber das novidades e notícias e 11,2% faziam leituras de livros, revistas etc. Para as mulheres com mais de 60 anos, 68,2% assistiam TV e gostavam de saber de novidades e notícias e 12,1% faziam algum tipo de leitura. Já as mulheres do grupo 2, com idade entre 50-60 anos, 32,7% gostavam de ver TV e saber das atualidades e 15,8% faziam algum tipo de leitura. Para as mulheres com mais de 60 anos, 64,4% gostavam de assistir TV e saber das atualidades e 14,0% faziam algum tipo de leitura.

4.2.4. Cotidiano feminino, em função do trabalho realizado

4.2.4.1 Trabalho remunerado (grupo 2)

Em média, as mulheres com idade entre 50-60 anos e com idade superior a 60 anos, respectivamente, trabalhavam por 7,3 e 8 h/dia. No lar, após o trabalho remunerado, 100% das mulheres, de ambos os grupos etários, disseram que o trabalho doméstico era contínuo.

Com relação à ajuda de terceiros para a realização do trabalho doméstico e de cuidados com os filhos pequenos, entre as mulheres com idade entre 50-60 anos, apenas oito (7,4%) possuíam ajuda e das mulheres com idade superior a 60 anos, apenas 23 (21,5%) possuíam ajuda de terceiros, como uma empregada, babá ou ajudante; o restante contava com a ajuda dos filhos maiores, do marido ou dos familiares para a realização do trabalho doméstico e cuidado com os filhos pequenos.

O tipo de trabalho domiciliar realizado pelas mulheres após o trabalho remunerado (100% de ambos os grupos etários) era lavar, cozinhar, passar, arrumar casa e cuidar dos filhos.

Quanto à obtenção de equipamentos domésticos para auxiliar o trabalho no lar, considerando a época quando seus filhos eram pequenos, foi verificado que, entre as mulheres com idade entre 50-60 anos, 16,8% possuíam somente os equipamentos básicos considerados neste estudo (geladeira, fogão a gás e ferro elétrico); 10,2%, menos que o básico; e 6,5%, mais que o básico. Já entre as mulheres com idade superior a 60 anos, 22,4% possuíam os equipamentos básicos; 29,0%, menos que básico; e 15,0%, mais que básico.

Quanto à finalidade da remuneração, para as mulheres com idade entre 50-60 anos, em ordem de prioridade (as mulheres optaram por mais de uma alternativa): 24,2% disseram que a renda seria para ajudar os filhos na escola; 15,0%, para fazer investimentos na própria casa, como, por exemplo, comprar utensílios e equipamentos domésticos; 14,0%, para cobrir gastos com a saúde da família; 11,2%, para cobrir despesas gerais da casa (luz, água, alimentação etc); e apenas 8,4%, para elas próprias (salão de beleza etc). Para as mulheres com idade superior a 60 anos, 43,0% disseram que a renda era para ajudar os filhos na escola; 36,4%, para as despesas gerais com o lar; 24,2%, para as despesas com a saúde; 22,4%, para gastos com elas próprias; e 16,8%, para investir na casa.

Entre as mulheres com idade entre 50-60 anos, 16,8% iniciaram trabalho remunerado antes de se casarem; 10,2%, após o casamento; e 6,5%, depois que tiveram filhos. Já entre as mulheres com idade superior a 60 anos, 3,7% iniciaram o trabalho remunerado antes de se casarem; 27,1%, após o casamento; e 35,5%, depois que tiveram filhos.

Com relação à ajuda obtida pelos membros familiares para realizar os trabalhos domésticos, para as mulheres com idade entre 50-60 anos, 16,8% disseram que tinham ajuda dos filhos maiores ou do marido nos afazeres domésticos; e 16,8% não possuíam ajuda dos familiares. Para as mulheres com idade superior a 60 anos, 27,1% disseram ter ajuda dos membros familiares e 39,2% não possuíam ajuda dos filhos maiores ou do marido nos afazeres domésticos.

Atribuindo valor ao trabalho doméstico, segundo as próprias mulheres que o realizavam, 6,5% o consideravam muito importante; 24,2%, importante; e 2,8% não o consideravam importante. Para as mulheres com idade superior a 60 anos, 22,4% o consideravam muito importante; 36,4%, importante; e 7,4% não o consideravam importante.

Com relação à pessoa que deveria realizar o trabalho doméstico, na opinião das próprias mulheres, 14,0% achavam o trabalho doméstico deveria ser realizado pelas mulheres e 17,7% este poderia ser dividido entre os membros familiares, como os filhos maiores ou o marido. Para as mulheres com idade superior a 60 anos, 46,7% acreditavam que o trabalho doméstico era função das mulheres e, portanto, elas deveriam e deveriam realizá-lo, enquanto 19,6% consideravam que o trabalho deveria ser dividido.

Quanto ao valor do trabalho doméstico atribuído pelas famílias, segundo as próprias mulheres, para o grupo etário de 50 a 60 anos, 3,7% acreditavam que a família considerava o trabalho doméstico muito importante; 25,2%, importante; e 4,6% julgavam que a família não considerava o trabalho doméstico importante. Para as mulheres com idade superior a 60 anos, 14,0% acreditavam que a família considerava o trabalho doméstico muito importante; 47,6%, importante; e 4,6% julgavam que a família não considerava o trabalho doméstico importante.

Do ponto de vista da família, segundo as próprias mulheres, para o grupo etário com idade entre 50-60 anos, 19,6% disseram que suas famílias acreditavam que o trabalho doméstico deveria ser realizado pelas próprias mulheres e 9,3% julgavam que suas famílias consideravam que o trabalho doméstico deveria ser dividido entre os membros familiares. Para as mulheres com idade superior a 60 anos, 58,0% das creditavam que suas famílias consideravam que o trabalho doméstico deveria ser realizado pelas próprias mulheres e 8,4% julgavam que suas famílias consideravam que este trabalho deveria ser dividido entre todos os membros.

4.2.4.2. Trabalho domiciliar (grupo 1)

Com relação à quantidade de horas que foram dedicadas ao trabalho domiciliar, 100% das mulheres (31 mulheres com idade entre 50-60 anos e 76 mulheres com idade superior a 60 anos) afirmaram que este trabalho era realizado durante todo o dia, não sobrando tempo para o trabalho remunerado.

Quanto à vontade de ter trabalhado fora de casa, entre as mulheres com idade de 50 a 60 anos, 18,6% tinham vontade de trabalhar fora de casa para aumentar a renda e, assim, melhorar as condições de vida da família e entre aquelas com idade superior a 60 anos, 27,1% gostariam de ter tido a oportunidade de trabalhar fora do lar.

O tipo de trabalho domiciliar realizado pelas mulheres, para ambos os grupos etários, era: lavar, cozinhar, passar, arrumar casa e cuidar dos filhos. Os outros tipos de trabalhos realizados em casa eram para aumentar a renda familiar, na seguinte ordem de prevalência: 6,5% costuram; 5,6% lavavam roupa para fora; 2,8% fabricavam artesanatos; 1,8% comercializavam doces e biscoitos; e 1,8% eram manicure/pedicure. Dessa forma, as mulheres complementavam a renda familiar.

Quanto à ajuda de terceiros para a realização do trabalho doméstico, apenas 2,8% das mulheres com idade entre 50-60 anos possuíam ajuda de babá, empregada ou ajudante e somente 6,5% daquelas com idade superior a 60 anos possuíam ajuda de terceiros para o auxílio dos afazeres domésticos. No grupo etário com idade entre 50-60 anos, 18,6% achavam importante e necessário terem a ajuda de terceiros nos afazeres domésticos e, principalmente, quando seus filhos eram pequenos, e entre aquelas com idade superior a 60 anos, 21,5% achavam necessário e importante este tipo de ajuda.

Em se tratando da obtenção dos equipamentos domésticos para auxiliar o trabalho no lar, foi verificado que, no grupo de mulheres com idade entre 50-60 anos, 21,5% possuíam os equipamentos básicos considerados nesta pesquisa; 4,6%, menos que o básico; e 2,8%, mais que o básico. No grupo com idade superior a 60 anos,

16,8% das mulheres possuíam os equipamentos básicos; 46,7%, menos que o básico; e 7,4%, mais que o básico.

Com relação à ajuda para realizar os trabalhos domésticos, obtida pelos membros da família, para o grupo etário de 50-60 anos, 14,0% possuíam ajuda dos filhos maiores ou do marido e para o grupo com idade superior a 60 anos, 42,0% tinham ajuda; a maioria das mulheres não tinha ajuda para realizar os trabalhos domésticos.

Quanto ao valor do trabalho doméstico (o trabalho delas próprias) atribuído pelas próprias mulheres, para o grupo com idade entre 50-60 anos, 5,6% consideravam o trabalho doméstico muito importante; 22,4%, importante; e apenas 0,9% não consideravam o trabalho doméstico importante. Para as mulheres com idade superior a 60 anos, 26,1% das mulheres consideravam o trabalho doméstico muito importante; 40,1%, importante; e somente 4,6% não consideravam este trabalho importante.

O trabalho doméstico, segundo 20,5% do grupo, com idade entre 50-60 anos, deveria ser realizado pelas próprias mulheres e para apenas 8,4% deveria ser dividido entre os familiares. No grupo de mulheres com idade acima de 60 anos, 50,4% acreditavam que este trabalho deveria ser realizado pelas mulheres e, de acordo com apenas 20,5%, deveria ser dividido entre os membros familiares.

Em relação ao valor dado ao trabalho doméstico atribuído pelas famílias, segundo as próprias mulheres, entre as mulheres de 50-60 anos, 28,0% acreditavam que suas famílias consideram o trabalho doméstico importante e apenas 0,9% acreditavam que sua família não o considerava importante. Para as mulheres com idade superior a 60 anos, 10,2% acreditavam que suas famílias consideravam o trabalho doméstico muito importante; 43,9%, importante; e 16,8% acreditavam que suas famílias não o consideravam importante.

Com relação a quem deveria realizá-lo, do ponto de vista das famílias, segundo as mulheres, no grupo com idade entre 50-60 anos, 24,2% consideravam que o trabalho doméstico deveria ser realizado por elas mesmas e, segundo 4,6%, deveria ser dividido entre os membros familiares; para as mulheres, com idade acima de 60 anos, 67,% das

mulheres acreditavam que suas famílias consideravam que elas próprias deveriam realizar o trabalho doméstico e apenas 3,7% acreditavam que suas famílias consideram que o trabalho deveria ser dividido entre todos os membros familiares. CANÔAS

(1997) afirmou que as mudanças ocorridas com o processo de industrialização, já há algumas décadas, fizeram com que as famílias criassem novas formas de estratégias de sobrevivência. A mulher tradicionalmente responsável pelo trabalho doméstico reorganizou o seu tempo e deu espaço ao trabalho remunerado, mas não deixou de cumprir o seu papel de mãe e esposa.

Os resultados encontrados nesta pesquisa vêm de encontro ao autor supracitado, pois percebeu-se que o trabalho doméstico – responsabilidade das mulheres – era realizado ao longo de todo o dia e, para as mulheres que trabalhavam fora de casa, era realizado após chegarem em casa; além disso, a maioria das mulheres não possuíam ajuda dos membros familiares. Poucas mulheres possuíam equipamentos domésticos e ajuda de terceiros, quando seus filhos eram pequenos, para a realização do trabalho doméstico, o que contribuiu para a longa e pesada carga de trabalho das mulheres.

O trabalho doméstico, com suas características de gratuidade e desqualificação de quem o faz, no caso a mulher, reforça cada vez mais a submissão, pois, de acordo com os resultados, as próprias mulheres acreditavam que o trabalho doméstico, além de ser de sua responsabilidade, é um dever que ela tem que cumprir, e os membros familiares esperam esta atitude delas.

Das mulheres entrevistadas, para as mais jovens, além da necessidade de trabalhar fora de casa, seja para ajudar os filhos ou mesmo para elas próprias, o trabalho remunerado passou a ser uma aspiração, um objetivo de vida.

Percebeu-se ainda que as mulheres mais jovens possuíam mais vontade de trabalhar fora de casa, pois trabalhar significa ser mais independente financeiramente e mais valorizada.

Para as mulheres que trabalharam fora de casa, os cargos que mais prevaleceram foram: empregada doméstica, lavadeira, babá, secretária, professora, funcionária

municipal, funcionária estadual, funcionária federal e auxiliar de comércio. Outras funções menos importantes foram: costureira, enfermeira, vendedora e comerciante.

4.3. Características reprodutivas

Quanto ao uso do planejamento familiar, para mulheres com idade entre 50-60 anos e superior a 60 anos, no grupo 1, apenas 5,6 e 3,7% e, no grupo 2, 7,4 e 5,6%, respectivamente, planejaram a quantidade de filhos desejada. De acordo com RAMOS (1987), somente nas últimas décadas, a sociedade entrou no processo de desenvolvimento econômico social, dando origem a um padrão de comportamento social, com tendência a regular os nascimentos, por intermédio do planejamento familiar.

Os resultados referentes ao uso dos métodos contraceptivos e da esterilização das mulheres entrevistadas podem ser verificados na Tabela 9. Grande parte das mulheres fez uso dos métodos contraceptivos, 49,4% das mulheres do grupo 1 e 58,8% do grupo 2. Como poucas mulheres planejaram o número de filhos que tiveram, provavelmente elas fizeram uso dos contraceptivos, porém, nos últimos anos do período reprodutivo, fizeram uso dos métodos contraceptivos naturais. Com relação à esterilização, o número de mulheres que optaram por este método foi representativo, visto que, atualmente, a esterilização pode ser evitada, pois a mulher tem um leque de opções contraceptivas que oferecem segurança e dispensa um método tal radical, que, na maioria das vezes, é imposto, e as mulheres nem ficam sabendo. De acordo com GIFFIN e COSTA (1997), há casos de esterilização em que as mulheres não ficam sabendo, outras são esterilizadas sem as devidas informações sobre o que seria este método e, ainda, outras são recusadas, por não serem consideradas candidatas adequadas pelos profissionais.

Tabela 9 - Distribuição dos métodos de controle da natalidade das mulheres maiores de 50 anos, por tipo de trabalho. Viçosa, MG - 1999

Idade	Características reprodutivas	Tipo de trabalho			
		Domiciliar		Trabalho remunerado	
		Sim	%	Sim	%
50-60 anos	Outros métodos contraceptivos	22	20,5	24	22,4
	Foi esterilizada	16	14,9	23	21,4
> 60 anos	Outros métodos contraceptivos	31	28,9	39	36,4
	Foi esterilizada	15	14,0	17	15,8

Os métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres podem ser observados na Tabela 10. Entre as mulheres que fizeram uso dos métodos contraceptivos, aquelas que mais fizeram uso da pílula, como meio de controle da natalidade, foram as mais jovens e as que tiveram maior acesso aos meios de informação (grupo 2). ARRILHA (1997) afirmou, em seus estudos, que as mulheres brasileira fazem uso, quase generalizado, da pílula e da esterilização. Com base nos estudos do autor, pode-se perceber que, diante um leque de opções sobre contracepção, grande parte das mulheres fez uso de poucos métodos contraceptivos, justamente daqueles que podem afetar mais a saúde. Os métodos naturais mais utilizados foram coito interrompido e tabelinha.

Tabela 10 - Freqüência percentual do uso dos métodos contraceptivos usados pelas mulheres maiores de 50 anos, por tipo de trabalho. Viçosa, MG - 1999

Idade	Métodos contraceptivos	Tipo de trabalho			
		Domiciliar		Trabalho remunerado	
		Sim	%	Sim	%
50-60 anos	Pílula	19	17,7	22	20,5
	Métodos naturais**	16	15,0	12	11,2
	Camisinha	11	10,2	15	14,0
	DIU	1	0,9	1	0,9
> 60 anos	Pílula	9	8,4	16	15,0
	Métodos Naturais**	31	29,0	29	27,1
	Camisinha	3	2,8	6	5,6
	DIU	-		-	-

* As mulheres inquiridas optaram por mais de uma alternativa.

** Coito interrompido e tabelinha.

O coeficiente da fecundidade das mulheres do grupo 1, com idade entre 50-60 anos, foi de 4,8 filhos por mulher e para as mulheres com idade superior a 60 anos, de 7,4 filhos por mulher. Já as mulheres do grupo 2, com idade entre 50-60 anos, o coeficiente de fecundidade foi de 4,1 filhos por mulher e para mulheres com idade superior a 60 anos, de 6,2 filhos por mulher. Houve diferenças significantes entre os dois grupos, mas principalmente entre as idades das mulheres – as mais jovens obtiveram coeficiente menor, o que já era esperado, provavelmente porque já tinham acesso a informações quanto ao planejamento familiar e à saúde.

Quanto ao número de gravidezes, no grupo 1, as mulheres com idade entre 50-60 anos, tiveram média de 5,8 gravidezes por mulher e as mulheres com idade superior a 60 anos, em média, 8,0 gravidezes. Para as mulheres do grupo 2, aquelas com idade entre 50-60 anos e superior a 60 anos tiveram, em média, 4,8 e 7,0, respectivamente.

Em relação ao número de abortos naturais, para o grupo 1, 15,0 e 39,2% das mulheres com idade entre 50-60 anos e idade superior a 60 anos, respectivamente, tiveram aborto. Já as mulheres do grupo 2, aquelas com idade entre 50-60 anos e idade superior a 60 anos, representaram, respectivamente, 13,0 e 36,4%.

Com relação à idade inicial da reprodução, para as mulheres do grupo 1, com idade entre 50-60 anos, o coeficiente foi de 24,4 anos e para aquelas com idade superior a 60 anos, de 19,5 anos. Já as mulheres do grupo 2, com idade entre 50-60 anos, o coeficiente foi de 22,7 anos e para aquelas com idade superior a 60 anos, de 19,9 anos. Quanto à idade inicial de reprodução, as mulheres mais jovens começaram a reproduzir mais tarde que as outras, possivelmente devido à evolução e ao acesso das informações desta geração.

Quanto aos tipos de partos que as mulheres tiveram, os resultados obtidos podem ser vistos na Tabela 11. Percebe-se que as mulheres com idade superior a 60 anos, nos dois grupos, fizeram mais uso do parto normal em casa. Provavelmente, as mulheres mais jovens tiveram acesso a outros tipos de recursos, e, com o passar do tempo, este quadro estará mudado e os partos em casa desaparecerão.

Tabela 11 - Frequência percentual dos tipos de partos das mulheres maiores de 50 anos, por tipo de trabalho. Viçosa, MG - 1999

Idade	Tipos de partos	Tipo de trabalho			
		Domiciliar		Trabalho remunerado	
		Sim	%	Sim	%
50-60 anos	Normal no hospital	28	26,1	30	28,0
	Normal em casa	12	11,2	11	10,2
	Cesariana	18	16,8	24	22,4
	Fórceps	3	2,8	1	0,9
> 60 anos	Normal no Hospital	54	50,4	53	49,0
	Normal em casa	44	41,1	47	43,9
	Cesariana	17	15,8	16	14,9
	Fórceps	2	1,8	5	4,6

- As mulheres inquiridas optaram por mais de uma alternativa

Em relação à amamentação, independente da idade ou do grupo de trabalho, a maioria das mulheres amamentou todos os seus filhos, como pode ser verificado na Tabela 12.

Tabela 12 - Freqüência simples quanto ao tempo de amamentação das mulheres maiores de 50 anos, por tipo de trabalho. Viçosa, MG - 1999

Idade	Amamentação	Tipo de trabalho			
		Domiciliar		Trabalho remunerado	
		Nº	%	Nº	%
50-60 anos	Amamentou todos os filhos	23	21,4	24	22,4
	Não amamentou	2	1,8	1	0,9
	Amamentou todos, mas pouco	4	3,7	6	5,6
	Amamentou alguns	2	1,8	5	4,6
> 60 anos	Amamentou todos os filhos	58	54,2	52	48,5
	Não amamentou	5	4,6	6	5,6
	Amamentou todos, mas pouco	7	6,5	6	5,6
	Amamentou alguns	6	5,6	7	6,5

Quanto ao tamanho da família, para as mulheres do grupo 1, com idade entre 50-60 anos, 20,5% disseram que suas famílias tinham tamanho ideal; 8,4%, não tinham tamanho ideal; e apenas 4,6% relataram que não desejaram ter mais filhos, porém tiveram. Entre as mulheres com idade superior a 60 anos, 61,6% disseram que suas famílias têm tamanho ideal; 9,3%, não tinham tamanho ideal; e 7,4% afirmaram que não desejaram ter mais filhos, mas tiveram. Para as mulheres do grupo 2, com idade entre 50-60 anos, 23,3% afirmaram que suas famílias tinham tamanho ideal; 10,2%, não tinham tamanho ideal; e 8,4% disseram que não desejaram ter mais filhos, mas tiveram. Para as mulheres com idade superior a 60 anos, 58,8% das mulheres disseram que suas famílias tinham tamanho ideal; 7,4%, não tinham tamanho ideal; e 1,8% não desejaram ter mais filhos, mas tiveram.

Quanto à idade da menopausa, para as mulheres do grupo 1, com idade entre 50-60 anos, em média, a menopausa ocorreu por volta dos 45,7 anos e nas mulheres com idade superior a 60 anos, aos 45,0 anos de idade. Nas mulheres do grupo 2, a

menopausa ocorreu, em média, por volta dos 46,0 e naquelas com idade superior a 60 anos, aos 44,9 anos.

Com relação ao Tratamento de Reposição Hormonal (TRH), os resultados obtidos podem ser observados na Tabela 13. A maioria das mulheres não fez tratamento de reposição hormonal. Das mulheres do grupo 1, 60,6 e 42,3%, respectivamente, do grupo 2 não faziam este tipo de tratamento. TOLOSA (1997) afirmou que são inúmeros os efeitos benéficos do TRH, uma vez que são cada vez menores seus efeitos colaterais, sendo, portanto, muito recomendado. A função básica do TRH é recuperar os níveis hormonais normais da fase reprodutiva, mas sua utilização deve ser feita com cautela e por intermédio de vários exames. Apesar de a maioria das mulheres, provavelmente, não terem recebido informações necessárias quanto ao uso do TRH e seus benefícios, há diferença entre as que exerceram atividade remunerada e aquelas que não o fizeram. Possivelmente, o contato com outras pessoas fora da família propiciou a informação, incentivando-as a fazer o tratamento.

Tabela 13 - Frequência simples quanto ao tratamento de reposição hormonal (TRH) das mulheres maiores de 50 anos, por tipo de trabalho. Viçosa, MG - 1999

Idade	TRH	Tipo de trabalho			
		Domiciliar		Trabalho remunerado	
		Nº	%	Nº	%
50-60 anos	Fazem	13	12,0	15	14,0
	Não fazem	11	10,2	15	14,0
	Já fizeram	7	6,5	6	5,6
> 60 anos	Fazem	9	8,4	12	11,6
	Não fazem	54	50,4	41	38,3
	Já fizeram	13	12,4	18	16,8

Em relação à ocorrência de doenças relacionadas ao aparelho reprodutivo e às glândulas mamárias, entre as mulheres do grupo 1, com idade entre 50-60 anos, 4,6% disseram que tiveram problemas relacionados ao aparelho reprodutivo – retirada do útero, ovário, trompas, ente outros – e 6,5% das mulheres com idade superior a 60 anos apresentaram problemas com o aparelho reprodutivo. Nas mulheres do grupo 2, com idade entre 50-60 anos, 16,6% das mulheres tiveram problemas: 9,3% com o aparelho reprodutivo (retirada do útero, do ovário e das trompas) e 1,8% com início do câncer de mama. Entre aquelas com idade superior a 60 anos, 8,4% apresentaram problemas: 7,4% com o aparelho reprodutivo (retirada do útero, do ovário e das trompas) e apenas 0,9% com início do câncer de mama.

Com relação aos exames que detectam as doenças supracitadas, os resultados podem ser observados na Tabela 14. Segundo RAMOS (1998), os exames das mamas e do aparelho reprodutor feminino fazem parte do TRH, para avaliar o uso correto dos hormônios e, principalmente, para detectar patologias graves como o câncer. Das mulheres entrevistadas, no grupo 1, 33,6 e 38,2% do grupo 2 fazem o preventivo, ou seja, menos da metade das mulheres com mais de 50 anos não fazia uso de um exame tão importante. Quanto ao exame das mamas, nos grupos 1 e 2, respectivamente, 61,6 e 56,0% faziam algum tipo de exame, ou seja, a maioria das mulheres tinha consciência da importância da realização destes exames.

Tabela 14 - Frequência simples dos exames que detectam patologias das mulheres maiores de 50 anos, por tipo de trabalho. Viçosa, MG - 1999

Idade	Exames	Tipo de trabalho			
		Domiciliar		Trabalho remunerado	
		Sim	%	Sim	%
50-60 anos	Fazem preventivo	18	16,8	15	14,2
	Fazem exames das mamas	27	25,2	25	23,3
> 60 anos	Fazem preventivo	18	16,8	26	24,2
	Fazem exames das mamas	39	36,3	35	32,7

5. RESUMO E CONCLUSÕES

O presente estudo foi realizado com o objetivo de caracterizar os fatores sócio-econômico-culturais que determinaram a vida reprodutiva e o trabalho de mulheres maiores de 50 anos na cidade de Viçosa - Minas Gerais.

Foram entrevistadas 214 mulheres, classificadas em dois grupos, de acordo com o tipo de trabalho realizado na época em que elas estavam em fase reprodutiva: **grupo 1**: trabalho realizado apenas no âmbito doméstico e **grupo 2**: trabalho remunerado realizado fora do âmbito doméstico. O grupo 1 era composto por 31 mulheres (29,0%) com idade entre 50-60 anos e 76 mulheres (71,0%) com idade superior a 60 anos e o grupo 2, 36 mulheres (33,6%) que possuíam idade entre 50-60 anos e 71 mulheres (66,4%) com idade superior a 60 anos.

As mulheres de ambos os grupos foram inquiridas quanto a aspectos cronológicos, físicos, psicológicos, sócio-culturais e de saúde, em relação ao envelhecimento, e também quanto ao tipo de trabalho realizado, bem como os aspectos relacionados a sua reprodução.

Nos resultados obtidos, em relação à percepção do envelhecimento, verificou-se que, quanto aos aspectos cronológicos, a maioria das mulheres se considera idosa após os 60 anos de idade. Apesar de o aparecimento das rugas e o embranquecimento dos cabelos serem significativos para representar a velhice, para a maioria das mulheres, o

que marca e define o envelhecimento é o aparecimento das doenças; isto é, o envelhecimento é sentido por meio da percepção quanto às suas limitações. Envelhece-se quando se sente dependente, inútil para todas as coisas que sempre desempenharam facilmente. Embora a menopausa seja um fator considerável para poucas mulheres, como indício de envelhecimento, a maioria não a considera como um marco de transição, mas sim uma etapa normal do ciclo de vida.

Verificou-se, em relação aos grupos estudados, que, independente do tipo de trabalho realizado, ambos possuíam renda entre 1 e 2 salários mínimos, escolaridade baixa, sendo a maior prevalência de ensino fundamental. A maioria das mulheres, mesmo aquelas que realizavam o trabalho remunerado, desenvolvia atividades similares aos trabalhos domésticos. Dessa maneira, concluiu-se que o trabalho remunerado, era realizado para aumentar a renda familiar, não passou de uma extensão do trabalho doméstico, o que proporcionou aumento da carga de trabalho, inserindo-as na dupla jornada de trabalho.

Quanto às características reprodutivas, apenas 9,3% das mulheres do grupo 1 fizeram uso do planejamento familiar e do grupo 2, 13,0%. Para o grupo 1, o coeficiente de fecundidade das mulheres com idade entre 50-60 anos, foi de 4,8 filhos por mulher e para aquelas com idade superior a 60 anos, 7,4 filhos por mulher. Para o grupo 2, o coeficiente foi de 4,1 e 6,2, respectivamente, para as mulheres com idade entre 50-60 anos e superior a 60 anos. As mulheres, independente do tipo de trabalho realizado, não fizeram uso do planejamento familiar, por falta de informações ou, provavelmente, porque na época em que estavam se reproduzindo não existia um programa eficiente de informação e controle da natalidade. Observou-se que, nas mulheres mais jovens, houve pequenas diferenças quanto ao número de filhos tidos, concluindo-se que estas gerações já tinham acesso a informações de planos e programas quanto ao planejamento familiar.

Em relação à idade de ocorrência da menopausa, para as mulheres de ambos os grupos, a média foi entre 44,9 e 46 anos, sendo que a maioria, 60,2% do grupo 1 e 42,3% do grupo 2, não fazia tratamento de reposição hormonal. A ocorrência de

doenças do aparelho reprodutor e das glândulas mamárias foi de 11,1 e 25,0%, respectivamente, nas mulheres do grupo 1 e grupo 2.

Finalmente, concluiu-se que não existem grandes diferenças estatísticas entre parâmetros que caracterizam a mulher que permaneceu no âmbito doméstico em comparação àquela que realizou o trabalho remunerado, porque os dois grupos estudados pertencem à mesma geração, entretanto, mesmo diante de pequenas, mas importantes diferenças, podem-se evidenciar as diferenças nos estilos de vida das mulheres nas diferentes faixas etárias, o que para o Economista Doméstico é de fundamental importância.

Concluiu-se, também, que o público escolhido para realização desta pesquisa foi perfeitamente “bem escolhido”. Trabalhar com a terceira idade foi profundamente gratificante e gostaria de fazer minhas as palavras de Regina Célia Pastore Mello: “A velhice deveria ser (ou é) aquela fase onde o indivíduo já está com os olhos mais livres e o coração mais aberto frente às pessoas e às coisas. Por ter passado por uma série de experiências, o idoso adquiriu uma nova percepção da vida, podendo senti-la de uma maneira forte e sábia. Por isso mesmo, tem a possibilidade de criar o seu espaço e dele usufruir, graças à sua capacidade de discernimento. Este é o grande segredo. Esta é a grande saída para o idoso nesta sociedade que insiste em programar cada vez mais sua segregação e marginalização.” Cabe aos profissionais da área possibilitar a realização deste grande segredo com a parcela de responsabilidade que temos e, dessa forma, ajudá-los a reconquistar com dignidade a cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, J.E.D. Relações de gênero e transição da fecundidade. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 1, 1996, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte, 1996. p.1455- 1472.
- ARRILHA, M. Contraceção, empowerment e entitlement: um cruzamento necessário na vida das mulheres. In: **Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil**. [1997]. [www.fhi.org/spfrhp/sp/brbrosp].
- ÁVILA, M.B. Direitos reprodutivos: o caos e a ação governamental. In: **Os direitos reprodutivos e a condição feminina**. Recife: S.OS. Corpo, 1989. 31p.
- BELTRÃO, K., CAMARANO, A.A. Características sócio - demográficas da população brasileira. In: **Estudos Feministas**, v. 1, n.1, p.105-119, 1997.
- BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO, 1, 1996, Brasília, 1996. **Anais...** Brasília: MPAS, SAS 1996. p.16-34.
- BERQUÓ, E. Fatores estáticos e dinâmicos: mortalidade e fecundidade. In: SANTOS, J.L.F., LEVY, M.S.F., SZMRECSÁNYI, T. (Eds.) **Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise**. São Paulo, 1991. p.21-85.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **MPAS: Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília: MPAS, SAS, 1997. p.58.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar/projetos de saúde Reprodutiva**. [1999] [providafamilia.org]
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de programas Especiais de Saúde. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília: Centro e Documentação do Ministério da Saúde. 1988. 43p.
- BRUSCHINI, C. Maternidade e trabalho feminino: sinalizando tendências. In: **Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil**. [1997]. [www.fhi.org/sp/frhp/sp/brbrosp].
- CAVALCANTI, M.G.P.H., SAAD, P.M. Os idosos no contexto da saúde pública. In: **O idoso na grande São Paulo**. São Paulo: SEADE, 1990. p.181-205.
- CANÔAS, C.S. **O olhar feminino sobre 2010**. São Paulo: SESC, Textonovo, 1997. 192p.
- CARDOSO, J.R. Atividades físicas para a terceira idade. **A terceira idade**, v.4, n.5, p.25-29, 1992.
- CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI – demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte: Postgraduate Brasil, 1998, 92p.
- COSTA, L.V. A política nacional do idoso. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO, 1, 1996, Brasília. **Anais...** Brasília: MPAS, SAS, 1996. p.46- 64.
- DEBERT, G.G. As Representações (Estereótipos) do papel do Idoso na Sociedade Atual. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO, 1, 1996, Brasília. **Anais...** Brasília: MPAS, SAS, 1996. p.35-45.
- DEBERT, G.G. Gênero e envelhecimento. **Estudos feministas**, v.2, n.3, p.32-51, 1994.
- DEBERT, G. G. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. **RBCS**, v.12, n.34, p.39-56, 1997.
- DEDA, J. **Histórico do planejamento familiar**. [1998] [www.geocities.com/hotsprings/9353/historic].
- FERRARI, M. A C. O envelhecer no Brasil. **Envelhecimento Ativo**. v.23, n 4, p.197-203, 1999.
- FITZSIMMONS, C., WILLIAMS, F. **The family economy: nature and management of resources**. Ann Harbor, MI: Edward Brother, 1973, 514p.

- GIFFIN, K., COSTA, S. As práticas contraceptivas e o aborto no Brasil. In: **Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil** [1997]. [www.fhi.org/spfrhp/sp/brbrosrp].
- GLENN, E., **As ciências humanas e a situação da mulher**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1979. 56p. (Cadernos de pesquisas n 24).
- LORENZETTO, M.G. **As senhoras do tempo**. São Paulo : Textonovo, 1998. 128p.
- KALACHE, A. Pronunciamento do diretor do programa de Saúde e envelhecimento da OMS. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO, 1, 1996, Brasília. **Anais ...** Brasília: MPAS, SAS. p.13-15, 1996.
- KISK, L. **Survey sampling**. New York: John & Sons, 1965. 408p.
- LWANGA, S. K., LEMESSOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva: World Health Organization, 1980. 98p.
- MARQUES, N. A., CEBOTAREV, E. Economia e economia familiar. In: SIMPÓSIO DE ECONOMIA FAMILIAR: “UMA OLHADA SOBRE A FAMÍLIA NOS ANOS 90”, 1, 1994, Viçosa, MG. **Anais ...** Viçosa, MG: UFV, p.114-134, 1994.
- MATTIODA, D. D. Sexualidade na terceira idade. **Revista Sensu da Pós-graduação de Gerontologia Social**, v.1, n.1, p.227-245, 1998.
- MELO, A.V., CASTINEIRAS, L.L. Mães precoces: uma realidade no Estado de São Paulo. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9, 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Caxambu: NBS, 1994, v.2, p.117-127.
- MERRICK, T.W., GRAHAW, D.H. **População e desenvolvimento econômico no Brasil: de 1800 até a atualidade**. Rio de Janeiro, 1981. p.576.
- MIRANDA, S., FONSECA, M.C. A mulher no climatério: a megatendência esquecida em Minas Gerais. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9, 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Caxambu, 1994, v.2, p.325-332.
- MOTTA, E. Envelhecimento social. **Revista Terceira Idade**. p.16-20, 1995.
- MOTTA, A.B. Falando em surdina: são mulheres velhas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9, 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Caxambu, 1994, v.2, p.333-348.
- MULHER & TRABALHO. [S. l.]: **CNDM**, [1987]. 21p.

- NERI, A.L. **Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos**. Campinas, S.P.: Editora da Unicamp, 1991. 155p.
- NOVAES, M.H. **Psicologia da terceira idade: conquistas possíveis e rupturas necessárias**. Rio de Janeiro: Grupho, 1995.
- NORTE, V.T, BRITO, S.R. Perfil da população usuária e a avaliação do programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM) – ação de contracepção no município do Rio de Janeiro. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9, 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Caxambu, 1994, v.2, p.528-537.
- PEIXOTO, C.A. Sociabilidade dos idosos cariocas e parisienses: a busca de estratégias para preencher o vazio da inatividade. **RBCS**, n.27, p.87, 1995.
- PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios. In: **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre a identidade, memória e política**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1998. 28p.
- PEREIRA, M.G. **Epidemiologia, teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995. 1556p.
- PESSINI, L. A saúde da mulher. **O Mundo da Saúde - a condição feminina**, v.23, n.2, p.195-196, 1999.
- PITANGUY, J. Mulher e cidadania. In: **Mulher e políticas públicas**. Rio de Janeiro: IBAN/UNICEF, 1991. 123p.
- RISSIN, R. Uma experiência de psicoterapia na menopausa. **Arquivos de Geriatria e Geriatria**, v.3, n.3, p.32-34, 1999.
- RAMOS, M.G.G. Posição da mulher rural frente ao planejamento familiar. **Revista OIKOS**, v.5, n.1, p.6-20, 1987.
- RAMOS, S.P. **O que é Menopausa?** [1998] [www.gineco.com.br/oquea].
- RODRIGUES, G.C. Controle de natalidade e planejamento familiar. In: **Planejamento familiar**. Editora Ática, 1990. 89p.
- RODRIGUES FILHO, J. Determinantes de escolha da esterilização entre mulheres de baixa renda no estado da Paraíba. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. 9, 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Caxambu, 1994. v.2, p.137-143, 1994.

- SALGADO, M.A. Envelhecimento, um desafio para a sociedade. **Terceira Idade**, v.1, n.1, p.4-8, 1988.
- SASSI, A., TONI, I.M., BISOL, M.A. O Idoso e o meio em que ele vive: identidade, auto-estima e cidadania. **Sensu: Pós-Graduação em Revista**, v.1, n.1, p.41-107, 1998.
- SCAVONE, L. Tecnologias reprodutivas. In: **Gênero, tecnologia e ciência**. Cadernos Pagu. Campinas: Unicamp, p.68 - 75, 1998.
- SOARES, V. Trabalhadoras: direitos reprodutivos nos acordos coletivos. In: **Direitos tardios: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina**. Belo horizonte, v.34, 1996. 346p.
- SOUZA, G.A.A. **A análise da fecundidade: possibilidades de um avanço teórico-interpretativo**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9, 1994, Belo Horizonte. **Anais ... Caxambú**, v.2, p.567-573, 1994.
- SOUZA - LOBO, E. **A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1991. 287p.
- TOLOSA, H. A. **A menopausa**. São Paulo: Contexto, 1997.
- VALÉRY, F.D, PAIVA, A,L,G. Na selva de pedra, o balanço da rede: uma reflexão sobre as condições de vida, saúde e moradia dos idosos no meio urbano. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9, 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Caxambu, v.2, p.333 - 346, 1994.
- VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994. 224p.
- VICIOSO, C. Mulher e desenvolvimento: o que significa ver a mulher como sujeito. In: **Mulher e políticas públicas**. Rio de Janeiro :IBAN/UNICEF. 1991. 145p.
- VODA, A.M. Menopausa: a normal view. **Clin. Obstet. Gynecol**, v.35, n.4, p.923-933, 1992.