UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Departamento de Medicina Social

ANGÉLICA MARIA JABUR BIMBATO

A representação de velhice entre os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família

Ribeirão Preto

2008

ANGÉLICA MARIA JABUR BIMBATO

A representação de velhice entre os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP - USP para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Duarte de Carvalho

Ribeirão Preto

2008

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Bimbato, Angélica Maria Jabur

A representação de velhice entre os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família.

91p.

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Carvalho, Antonio Carlos Duarte.

1. Idosos. 2. Velhice. 3. Representações Sociais.
4. Equipe de Saúde da Família.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Angélica Maria Jabur Bimbato

A representação de velhice entre os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde da Comunidade.

Aprovado em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Aos meus pais, **Roberto e Thelma**, pelo amor, confiança, apoio, incentivo e suporte familiar, pois nunca mediram esforços para me ajudar a caminhar, não só contribuindo para minha formação humana, mas também, como profissional. Obrigada por me permitirem sonhar e buscar meus ideais.*

*Ao **Jairo**, meu namorado, amigo e companheiro, por seu amor, compreensão, carinho, incentivo, presença e incansável apoio durante esta e outras jornadas.*

Muito Obrigada e que Deus vos abençoe!

Agradecimentos

A **Deus**, por me dar forças, paciência, sabedoria, discernimento e determinação para superar todas as etapas para a conclusão deste trabalho, sempre guiando e abençoando meu caminhar.

Aos meus irmãos **Andrea e Angelo**, pelo incentivo ao meu crescimento pessoal e profissional.

Ao **Prof Dr Antonio Carlos Duarte de Carvalho**, por aceitar orientar-me e pelos ensinamentos dedicados a mim durante esta jornada.

À **Profa Dra Sueli Marques**, por me despertar interesse pela área, desde a graduação, pelo carinho de suas palavras, sugestões valiosas no Exame de Qualificação e na avaliação desta dissertação.

Ao **Prof Dr Eduardo Ferriolli** e à **Profa Dra Aldaísa Cassanho Forster**, pela valiosa contribuição no Exame de Qualificação.

À **Profa Dra Anita Liberalesso Néri**, pela sua atenção, por aceitar e se disponibilizar a participar da avaliação desta Dissertação.

A **todos os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família do CSE/FMRP-USP**, por me recepcionarem com carinho e respeito, prontificando-se participar da pesquisa e ajudar-me no que fosse necessário.

Aos **profissionais de Morro Agudo/SP que aceitaram a participar do pré-teste**, momento especial para o aperfeiçoamento dos instrumentos utilizados nas entrevistas e a todas as pessoas deste município que contribuíram direta ou indiretamente para a conquista deste título.

Aos **profissionais da USF 01-Aniz Badra/César Almeida – Marília/SP**, em especial à **Denise Garozi**, e do **NSF 03-Mário Brunhara de Morro Agudo/SP**, pela amizade e incentivo dado ao meu crescimento profissional, durante minha passagem pelas respectivas cidades.

Aos **profissionais do USF 05-Parque Guarani – Votuporanga/SP**, pela paciência e apoio nos últimos momentos de conclusão desta dissertação.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Social, em especial **Tânea Regina Caldas, Solange Pedersoli, Carolina Cecília B Batista, Mônica Elisabeth Knack e Regina Helena G Alcântara**, pela atenção, carinho e apoio.

RESUMO

BIMBATO, A. M. J. **A representação de velhice entre os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família**. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Diversas mudanças têm ocorrido no perfil demográfico do Brasil, passando o envelhecimento populacional a ser uma realidade e não mais uma expectativa. Muitos são os mitos, conceitos e concepções sobre idoso, velhice e envelhecimento existentes em nossa sociedade, assim como meios legais que regem sobre os direitos e deveres da pessoa idosa (Programa Nacional de Saúde do Idoso, Estatuto do Idoso e Pacto pela Vida 2006). Objetivando analisar as representações de velhice presentes entre os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (CSE – FMRP/USP) e as possíveis implicações para o serviço de saúde, realizamos este estudo, utilizando-se da abordagem qualitativa por meio de entrevistas semi-estruturadas, com dezenove profissionais que atuam nesses Núcleos (agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiras, médicos e dentistas). As concepções de velhice variaram em função da formação, idade e experiência de vida dos entrevistados, sendo apresentadas como: fase de sabedoria e experiência de vida; evolução natural do corpo humano; estado de espírito; fase que se assemelha ao mundo infantil; fase de decadência ou solidão; e melhor idade. Há a compreensão por parte dos profissionais entrevistados, de que a velhice é um conjunto bio-psico-social-espiritual, sendo manifestadas pelos mesmos as dificuldades encontradas em prestar uma assistência de qualidade neste cenário tão complexo. Demonstraram também, os seus sentimentos, medo e ansiedade frente ao próprio processo de envelhecimento, como conseqüência da cultura e da sociedade em que vivem, onde ser idoso é visto de forma negativa. As concepções sobre idoso, velhice e envelhecimento, apresentadas pelos entrevistados, indicam a dimensão do quanto esses profissionais encontram-se despreparados para enfrentar o grande desafio de melhorar o atendimento oferecido pelo serviço de saúde, principalmente, em se levando em consideração o aumento acentuado do número de idosos neste país.

Palavras-chave: idosos, velhice, representações sociais e equipe de saúde da família.

ABSTRACT

BIMBATO, A. M. J. **The representation of old among the professionals who actuate in the Nucleus of Health of Family.** 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2008.

Several alterations (changes) have accured in the demographic profile (side view) of Brazil, passing the populational aging to be a reality (a fact) and not else an expectation. There are a lot of myths (fables), concepts and conceptions about old people, old age and aging in our society, in the same way that legal ways that rule about the rights and obligations of old person (National Programe of Health of old people, Statute of old people and Pact for life 2006). Objectifying analyze the representations of old age present among the professionals who actuate in the Nucleus of Health of Family I, III, IV, and V in the Center of School Health of the Medical Scholl of Ribeirão Preto – SP and University of São Paulo (CSE – FMRP/USP) and the possible implications for the health service, we have realized this study, through the qualitative contacts by semi organized interviews with nineteen professionals who actuate in these Nucleus (communitarian of health agents, auxiliary of nursing, nurses, doctors and dentists). The conceptions of the old age have changed in function of the formation, age and experience of life of the interviewers, being showed as phase of knowledge (wisdom) and experience of life; natural evolution of the human body; condition of the spirit; phase like to the infantile world; phase of decadence and loneliness (desolation) and better age. There is the understanding (the comprehension) in part of the interviewed professionals that the old age is a biko-psycho-social-spiritual body (assemblage), being manifested (declared) by these; the difficulties found in giving a good care in this so complex decor (setting). They have also demonstrated their feelings, fear and anxiety before their own process of aging as consequence of the education of the society they live, where who is old is seen in a negative form. The conceptions about old people, old age and aging expressed by the interviewed show a good dimension of how these professionals are unprepared to face (to confront) the great challenge to improve the work offered by the health service, mainly, when we take into consideration the accentuated growth of the number of the old people in this country.

Key-words: old people, old age, social representations, staff of health of family.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais de vida diária
AVD	Atividades de vida diária
CSE	Centro de Saúde Escola
ECLO	Livro do Eclesiástico
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
NATI	Núcleo de Atendimento a Terceira Idade
NETI	Universidade da Terceira Idade
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **13**

1 INTRODUÇÃO **15**

2 OBJETIVOS **18**

2.1 Objetivo geral **18**

2.2 Objetivos específicos **18**

3 REFERENCIAL TEÓRICO **19**

3.1 O envelhecimento no Brasil **19**

3.2 A atenção primária: saúde da família e o envelhecimento **23**

3.3 As representações sociais **25**

3.3.1 As representações sociais da velhice **29**

3.3.2 As representações sociais: da velhice à terceira idade **33**

4 METODOLOGIA **36**

4.1 Tipo de estudo **36**

4.2 Cenário de estudo **37**

4.3 População de estudo **39**

4.4 Coleta de dados **39**

4.5 Aspectos éticos **42**

4.6 Análise dos dados **42**

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO **47**

5.1 Caracterização dos participantes **47**

5.2 Representação sobre velhice **48**

a) *O conceito de velhice* **48**

b) Semelhança entre conceitos de velhice e juventude **54**

c) A nova identidade da velhice **56**

d) O medo da velhice **60**

e) O conceito de ser idoso, no Brasil, hoje **62**

f) Visão holística da velhice **64**

g) Dificuldades dos profissionais no cuidado com o idoso **65**

h) O envelhecimento enquanto desafio **69**

CONSIDERAÇÕES FINAIS **72**

REFERÊNCIAS **76**

ANEXOS **85**

APRESENTAÇÃO

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de vida. No ano de 1998 vivenciei o primeiro óbito significativo em minha vida, o da minha avó paterna, de 96 anos e com quem tinha um vínculo afetivo muito forte. Naquela época estava prestando vestibular e, em meio às inseguranças e indecisões pela carreira, comecei a pensar no curso de graduação em enfermagem, devido à relação com o cuidado de pessoas. Em 2000, ingressei na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Nos dois primeiros anos, percorri vários campos de pesquisa para conhecimento e escolha de qual especialidade deveria seguir. Assim, participei de pesquisas em neonatologia, fisiologia (onde fiz iniciação científica), saúde pública (Saúde da Família) e gerontologia. No ano de 2002, ocorreu o segundo óbito significativo em minha vida, com o meu avô materno, com 84 anos e que fora uma pessoa influente em minha vida. Nesse período, estava cursando a disciplina de Clínica Médica e as docentes responsáveis estimularam-me a estudar sobre a velhice, o envelhecimento, gerontologia e geriatria. Devido ao estímulo e ao vínculo criado com as docentes, comecei a me aprofundar no estudo da gerontologia, participando da Liga de Gerontologia, das atividades realizadas na prática (como as atividades no asilo Padre Euclídes e no Núcleo de Atendimento a Terceira Idade – NATI, em Ribeirão Preto, em campanhas de prevenção e promoção à saúde, jornadas e congressos).

Em 2003, no último semestre do curso, optei por fazer o estágio supervisionado no Núcleo de Saúde da Família III do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (CSE-FMRP-USP), já que havia me identificado com a área de saúde pública, em especial com a Estratégia Saúde da Família e no Núcleo III, cuja população adscrita era significativamente idosa. Nesse momento, comecei a participar de grupo de discussão sobre o processo de envelhecimento com alunos, docentes e profissionais do Núcleo, pois estavam surgindo necessidades de aprofundamento no cuidado com a pessoa idosa.

No ano de 2004, após aprovação no curso de residência multiprofissional em Saúde da Família, na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), iniciei as atividades teórico-práticas na Unidade de Saúde da Família I – Aniz Badra/César Almeida, cuja população adscrita era, em sua maioria, adultos e idosos. Logo de início, observei duas

dificuldades importantes da equipe: a primeira, em coordenar grupos e a segunda, no cuidado com o idoso.

A primeira dificuldade, optei por trabalhar com projeto de pesquisa de conclusão de curso de residência, intitulada: "A representação do trabalho com grupos para os profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família".

A segunda dificuldade, a gerontologia, decidi desenvolvê-la no mestrado. Observei que havia uma dificuldade no cuidado com pessoa idosa, quase sempre relacionado à concepção de velhice para o profissional que atuava na Unidade de Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional passou a ser fato e não mais uma expectativa. Na Europa, esse processo aconteceu de forma gradativa, durante o período de desenvolvimento sócio-econômico, enquanto, no Brasil, evoluiu rapidamente, em meio a graves crises sócio-econômico-políticas. O aumento da expectativa de vida deve-se, entre outros motivos, às conquistas tecnológicas no âmbito da saúde, com o surgimento de vacinas, antibióticos, assepsia e iniciativas de promoção e prevenção em saúde.

O processo de envelhecimento da população inicia-se quando há uma redução das taxas de mortalidade e fecundidade, e um aumento na expectativa de vida.

Expectativa de vida, segundo Néri (2005, p. 85), para a Biologia, é definida como "duração média de vida esperada para os membros de uma espécie, a partir do nascimento". Para a Demografia, "é a estimativa sobre a duração média de vida de uma coorte por ocasião do nascimento".

No Brasil, a expectativa de vida ao nascer cresceu de 33,7 anos para 43,2 anos entre 1900 a 1950. Em 1960, aumentou em 12 anos, passando de 43,2 para 55,9 anos. E a partir deste momento vem crescendo gradativamente com projeções estatísticas para que no ano de 2025 seja de 72,1 anos (PASCHOAL, FRANCO e SALLES, 2007).

Por tais mudanças na estrutura da população entende-se transição demográfica, ou seja, "processo de alteração de uma situação com altas taxas de fecundidade e mortalidade para outra com baixas taxas desses indicadores" (RODRIGUES, et al, 2007, p. 537).

Na análise da pirâmide etária, tornam-se evidentes as mudanças demográficas. No Brasil, a base da pirâmide, constituída por jovens, que era larga, tornou-se estreita; e o topo, composto por idosos, aumenta sua largura, passando a pirâmide de forma triangular para uma arredondada (BRASIL, 2006).

Em meio a essas mudanças, na estrutura da população, ocorrem modificações, também, nas características epidemiológicas. Paschoal, Franco e Salles (2007, p. 40) definem transição epidemiológica como "mudanças nos padrões de morbimortalidade, principalmente, por declínio das doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônico-degenerativas", também chamadas de doenças crônicas não transmissíveis.

Segundo os mesmos autores, não há um aumento acentuado no crescimento da população total, e sim, um aumento progressivo da população de idosos. Há a possibilidade

da taxa de mortalidade ser maior que a taxa de natalidade ocorrendo um crescimento negativo da população. Isto já ocorre em países como Canadá, Dinamarca e Hungria.

Sabe-se que o envelhecer é um processo natural, individual e que caracteriza uma etapa de vida, a velhice.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde o envelhecimento é:

> *[...] um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte* (BRASIL, 2006, p. 08).

Para Assis (2004, p. 07), "envelhecer é um processo universal, dinâmico, progressivo, lento e gradual, para o qual concorre uma multiplicidade de fatores genéticos, biológicos, sociais, ambientais, psicológicos e culturais."

Néri (2001) apresenta definições de envelhecimento como: a) envelhecimento primário ou normal, também, chamado de senescência, fenômeno universal, cujo resultado é a redução na capacidade de adaptações; b) envelhecimento secundário ou patológico, também, denominado de senilidade, está relacionado a alterações provocadas por doenças associadas ao envelhecimento; c) envelhecimento terciário ou terminal, período este relacionado ao declínio, término, morte.

O termo velhice é definido por Robledo (1994) sob os seguintes aspectos: a) velhice cronológica - está relacionada a acontecimentos da vida; não é a idade, e sim como se vive que contribui como causalidade do processo; b) velhice biológica - considera as etapas do processo de envelhecimento dos órgãos e funções; c) velhice psíquica - adaptações das perdas e outras mudanças de envelhecimento; d) velhice social - considera os papéis variantes com a idade, que definem o ciclo da dependência/independência social, liberdade e prestígio; e) envelhecimento funcional - destaca os componentes biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento, que integram o indivíduo.

Néri (2005, p. 114), em seu livro "Palavras – chave em gerontologia", conceitua diversos termos relacionados ao assunto, entre eles o termo idoso: "populações ou indivíduos que podem ser assim categorizados em termos da duração de seu ciclo vital".

Conclui-se que o envelhecimento é o processo, a velhice é uma fase da vida e o velho ou idoso é o resultado final, cujos componentes estão inter-relacionados (PAPALÉO NETTO, 2007).

Diante do atual cenário, em que o envelhecimento é visto como uma conquista é importante atentar às mudanças sócio-econômico-políticas do país, como conseqüências do envelhecimento progressivo.

Segundo Souza, et al (2006), o aumento progressivo da população idosa constitui um problema com implicações sócio-econômico-política-médica, devido às modificações provocadas pelo processo de envelhecimento. Dessa forma, é essencial que o serviço de saúde esteja preparado para receber essa demanda, consciente dos fatores determinantes desse processo, compreendendo sua complexidade e magnitude.

Refletindo sobre o processo de envelhecimento e o aumento acelerado da população idosa, como demanda para os serviços de saúde, surge o questionamento de qual é a representação de velhice presente entre profissionais da saúde, em especial, os que atuam na Estratégia Saúde da Família.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Analisar as representações de velhice presentes entre os profissionais que atuam na equipe dos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (CSE/FMRP-USP) e suas possíveis implicações no serviço de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os profissionais que estão atuando nas equipes dos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V;

Identificar as concepções sobre velhice entre profissionais que atuam nos Núcleos;

Analisar as possíveis implicações, advindas destas concepções dos profissionais, na assistência ao idoso, dentro do contexto estudado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O envelhecimento no Brasil

Mudanças marcantes têm sido promovidas no perfil demográfico dos países em desenvolvimento, em especial o Brasil, devido ao acentuado crescimento da população idosa. Neste país, nas últimas décadas, tem ocorrido um significativo aumento do número de idosos na população, em conseqüência da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade e do aumento da expectativa de vida.

De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD, 2006 (IBGE, 2007), o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade foi de 19 milhões (10,2% da população total brasileira), sendo os estados com maior proporção de idosos: São Paulo (23,0%), Rio de Janeiro (11,5%) e Minas Gerais (11,2%). O grupo que apresentou maiores índices de crescimento, no segmento dos idosos, foi a população com 75 anos ou mais de idade (26,1%). Com os resultados da PNAD aumentaram as exigências de atenção da família, sociedade, profissionais da área da saúde e serviços de saúde, já que nesta faixa etária há maior incidência de doenças crônicas, piora da capacidade funcional e menor autonomia.

A diminuição da capacidade funcional, geralmente, leva a pessoa idosa a limitações (total ou parcial) da capacidade de desempenhar suas atividades de vida diária, de forma independente. Com o declínio da capacidade funcional, as atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) - como participação social do idoso - e, posteriormente, as atividades da vida diária (AVD's) - como atividades de autocuidado - tornam-se difíceis de serem realizadas (PAZ, SANTOS, EIDT, 2006).

Néri (2005) define independência como sendo capacidade funcional, ou seja, capacidade de realizar as AIVD's e o autocuidado sem ajuda que, por sua vez, não está relacionado à autonomia.

Segundo Ramos (2003), autonomia é a capacidade que o indivíduo tem de determinar e executar o controle de sua vida. Manter tal capacidade no indivíduo idoso é permitir-lhe um envelhecimento saudável, mesmo que ele venha a ter qualquer tipo de doença crônica não transmissível, como hipertensão, diabetes ou depressão. Desse modo, o envelhecimento saudável não é a ausência de doenças ou problemas, e sim, o equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional.

Assim, é importante saber diferenciar um processo normal de um patológico, pois durante o envelhecimento ocorrem perdas e dificuldades, que são próprios do processo, sendo necessário um planejamento dos profissionais da saúde com o contexto familiar do idoso, para a obtenção de resultado positivo do cuidado (SOUZA, SKUBS, BRÊTAS, 2007).

No Brasil, a análise - realizada pela PNAD, 2006 (IBGE, 2007) - dos arranjos familiares nos quais os idosos estão inseridos, verificou uma prevalência de idosos convivendo com outros familiares. Foi observado, também, que nos últimos anos, 64% dos idosos brasileiros foram considerados pessoas de referência no domicílio, ou seja, chefiavam os domicílios em que viviam, sustentando sua família, muitas vezes, com a pequena quantia que recebem de sua aposentadoria.

Diante desse contexto, pode-se definir envelhecimento como sendo um "processo complexo, pluridimensional, revestido não apenas por perdas, mas também por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos" (SOUZA, SKUBS, BRÊTAS, 2007, p. 265).

Segundo Araújo, Coutinho e Santos (2006, p. 90), até o século XIX, a velhice era vista como uma fase de dependência financeira, noção esta que remete à incapacidade de produzir. Para os mesmos autores, a fim de demonstrar uma visão menos estereotipada da velhice, adotou-se o termo idoso para caracterizar a população envelhecida e mais favorecida. Assim, "os problemas dos velhos" passam a ser vistos como "necessidades dos idosos".

Vale ressaltar que a velhice é uma fase da vida tão importante quanto às demais fases do desenvolvimento humano, a qual merece toda atenção da família, da sociedade, do Estado e dos pesquisadores, por meio de implementação de ações das políticas públicas.

Várias leis, portarias e decretos foram publicados a fim de melhorar a qualidade de vida, no processo de envelhecimento das pessoas, já que não basta viver mais, mas envelhecer com qualidade. Deste modo, a proteção do idoso pode ser encontrada em diversos dispositivos legais, entretanto, o desconhecimento desses direitos e deveres, por parte da população idosa e da sociedade, em geral, contribui para que muitas injustiças sejam mantidas em exercício.

Algumas leis e portarias mencionavam o idoso até a década de 70. Na década de 80, houve a Primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU), em Viena - Áustria. Naquele fórum iniciaram-se as primeiras

discussões sobre o assunto, sendo estabelecido um Plano de Ação para o Envelhecimento. Este Plano teve como objetivo comover autoridades governamentais e sociedade para necessidades de políticas públicas e desenvolvimento de pesquisas voltadas para o idoso e o envelhecimento (RODRIGUES, et al, 2007).

Em 03 de julho de 1996, o decreto nº 1948 regulamenta a Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso – PNI, regulamentando as competências de diversos setores administrativos públicos, com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, como: aposentadoria, viabilização de atendimento preferencial, participação efetiva na sociedade, desenvolvimento de programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso, e direitos e deveres de exercer sua cidadania (BRASIL, 1996).

Em dezembro de 1999, foi aprovado, pela Comissão Intergestora Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI -, de conformidade com o que determina a Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90 e a Lei nº 8842/94, que assegura os direitos do idoso.

A portaria nº 1395 do Ministério da Saúde – PNSI – apresenta como objetivo a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional do idoso, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação da capacidade funcional restringida, visando à permanência dos idosos no meio em que vivem, exercendo, de maneira independente, suas funções na sociedade (BRASIL, 1999).

Em outubro de 2003, a Lei nº 10741 – Estatuto do Idoso – é sancionada, entrando em vigor em janeiro de 2004. Consta de 118 artigos estabelecendo os direitos e deveres da pessoa idosa, reforçando as diretrizes da PNI e os Direitos Humanos (RODRIGUES, et al, 2007). O art. 8º deste Estatuto define: "o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente".

De acordo com o art. 3º, Título I do Estatuto do Idoso atribui-se à família, à comunidade, à sociedade e ao Poder Público assegurar ao idoso o direito à vida, com saúde, segurança, dignidade, respeito e convivência familiar e comunitária.

Hoje, diversos são os conceitos de família, os quais, geralmente, estão relacionados ao aspecto afetivo-emocional, podendo ou não estar vinculado a laços consanguíneos. Independente do conceito, a família é influenciada pela cultura e o contexto histórico em que foi concebida, sendo atribuída a ela a responsabilidade do cuidado às pessoas idosas,

independente das adaptações, no âmbito familiar do idoso, a esta etapa da vida (SOUZA, SKUBS, BRÊTAS, 2007).

Segundo as mesmas autoras, se as famílias e as pessoas idosas tivessem um melhor conhecimento sobre o processo de envelhecimento, como as alterações físicas e mentais, facilitaria a compreensão das necessidades da pessoa idosa, agilizando o cuidado e a qualidade de vida na velhice (SOUZA, SKUBS, BRÊTAS, 2007).

Em 2006, foi divulgado o Pacto pela Saúde 2006, Portaria nº 399/GM, realizado pelas três esferas de gestão (governo federal, estadual e municipal) com os objetivos de promover inovações nos papéis e instrumentos de gestão, alcançar eficiência nas respostas do SUS, redefinir as responsabilidades dos gestores em função das necessidades, buscar equidade social e criar um Termo de Compromisso de Gestão – TCG – que são planos anuais e compromissos com cada esfera de governo. Para isso, o Pacto pela Saúde ficou definido em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

A Saúde do Idoso está inserida no Pacto pela Vida 2006, como sendo uma das prioridades, com o objetivo de implementar a Política Nacional da Pessoa Idosa, buscando um olhar holístico do atendimento a esta população. Este Pacto, em que é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais, tem como diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde; introduzir serviços de atenção domiciliar; nas unidades de saúde, o acolhimento é preferencial ao idoso; assegurar qualidade do cuidado ao idoso; participação social fortalecida; educação permanente e formação aos profissionais de saúde do SUS; apoio ao desenvolvimento científico (BRASIL, 2006).

Porém, ainda é forte, no país, o modelo assistencial centrado na prática médica, voltado para abordagem biológica e hospitalar, associado aos recursos tecnológicos sofisticados, apresentando baixa resolutividade e elevados custos. Diante deste cenário, os gestores de saúde estão fazendo uso potencializado da atenção básica para obtenção de êxito diante dos desafios encontrados na saúde pública (SILVESTRE & COSTA NETO, 2003).

Assim, o cuidado do idoso na comunidade deve ter o suporte da família e do SUS, em especial sob a Estratégia Saúde da Família – ESF – devido ao vínculo, o compromisso e a responsabilidade do serviço de saúde com a comunidade e co-responsabilidade, possibilitando a integralidade da assistência.

Para isso, os profissionais que atuam na atenção primária, em especial os que atuam na equipe de Saúde da Família, devem saber a importância e como manter o idoso no cotidiano familiar e na vida em comunidade, mantendo seu equilíbrio físico e mental, independente do seu grau de dependência.

3.2 A Atenção Primária: Saúde da Família e o Envelhecimento

A atenção primária à saúde é um assunto muito discutido em diversos países, na tentativa de (re) organizar e (re) ordenar os recursos do sistema de saúde para que respondam às expectativas e necessidade da população. Sendo assim, um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea é o envelhecimento populacional.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, com a proposta de "Saúde para todos no ano 2000", promoveu a atenção primária à saúde como doutrina universal (MENDES, 2002), e fez-se ecoar positivamente no Brasil, no início de 1980, com aqueles que iniciaram o movimento contra-hegemônico, que viria a confirmar-se com o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (CREVELIM, 2004).

A Reforma sanitária garantiu ampla discussão na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, quando se criaram condições, no plano político ideológico, para a construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

O SUS teve como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção, a partir de princípios organizacionais de regionalização político-administrativa, bem como gestão democrática dos serviços e controle social dos mesmos (ERMEL, 2002).

Entretanto, o SUS está enfrentando muitos desafios para garantir esta prática, devido à grande força do modelo hegemônico existente no país, onde a assistência, predominantemente, centra suas práticas no atendimento terciário e o médico tem poder central.

Na tentativa de pôr em prática o novo modelo assistencial, pautado nos princípios e diretrizes do SUS, em 1994, o Ministério da Saúde propõe o Programa de Saúde da Família, como modelo de organização dos serviços de atenção primária à saúde.

O Ministério da Saúde assume como desafio em seu plano de ações e metas as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde como possíveis alternativas no processo de reorganização da atenção primária à saúde (BRASIL, 1998).

As diretrizes operacionais a serem seguidas para a implantação do modelo de saúde da família são: caráter substitutivo, complementariedade e hierarquização; territorialização e adscrição da clientela e trabalho em equipe multidisciplinar (BRASIL, 1998).

O trabalho em equipe multidisciplinar é necessário para que o princípio da integralidade seja colocado em prática. Dessa forma, as várias categorias profissionais devem, necessariamente, trabalhar em conjunto, pois há, frequentemente, situações complexas na comunidade que necessitam de uma abordagem interdisciplinar. Segundo Andrade, Barreto e Fonseca (2004), resolver esta situação complexa exige, na prática, a construção de um "novo campo de saber comum a todas as categorias", que é originado a partir da integração dos conhecimentos, habilidades e práticas de cada categoria com o objetivo de adequar-se às necessidades de saúde da população, promovendo qualidade de vida.

Para a construção desse "novo campo de conhecimento" não é necessário que o profissional abandone o conhecimento específico de sua área; entretanto, exige humildade, respeito mútuo e espírito científico entre os vários profissionais que atuam na equipe. O trabalho realizado por uma equipe multiprofissional tem maior resolutividade local e promove impacto na comunidade (ANDRADE, 2004).

Assim sendo, segundo Silvestre e Costa Neto (2003) a Estratégia Saúde da Família, como é denominada atualmente, de acordo com os princípios referentes à pessoa idosa, aborda as mudanças físicas consideradas normais e identifica, precocemente, as alterações patológicas, além de alertar a comunidade sobre os fatores de riscos a que as pessoas idosas estão expostas, bem como identificar formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, em parceria com a comunidade, grupos de idosos e familiares.

Os mesmos autores enfatizam a importância da manutenção do idoso na rotina da comunidade e da família, como fator fundamental para o equilíbrio físico e mental desta parcela da população, mantendo o idoso o mais independente possível no desempenho de suas atividades cotidianas.

A Unidade de Saúde da Família – USF – é o antigo posto/centro de saúde reestruturado ou um novo imóvel adaptado, que trabalha dentro do novo paradigma de saúde, que deve realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, por meio de

uma equipe multiprofissional – equipe de saúde da família. Cada equipe deve trabalhar com uma população adscrita de 600 a 1000 famílias, com limite de 4500 pessoas (BRASIL, 1998).

Entre as atribuições comuns da equipe de saúde da família, voltadas às pessoas idosas, podem-se destacar: o conhecimento da realidade das famílias; identificação dos problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais os idosos estão expostos; vigilância à saúde da pessoa idosa; valorização das relações do idoso com sua família devido ao vínculo, confiança, afeto e respeito; realização de visitas domiciliares; prestação de assistência integral à pessoa idosa; garantia de acesso ao tratamento de um sistema de referência e contra-referência; coordenação, organização ou participação de grupos de educação em saúde; promoção de ações que desenvolvam enfrentamento dos problemas identificados pela população idosa, além de viabilizar a participação popular, para discussão de conceitos de cidadania, direitos à saúde e suas bases legais (SILVESTRE & COSTA NETO, 2003).

Sabe-se, através de estudos, como de Protti (2002), que grande parte dos profissionais, que atuam nas equipes de saúde da família, conhece essas atribuições e que muitos possuem essas habilidades e competências.

Porém, será que basta aos membros da equipe possuir habilidades e conhecer as atribuições da equipe de saúde para com as pessoas idosas, e as leis que garantem o respeito ao envelhecimento saudável? Quais seriam as representações existentes entre os membros das equipes de saúde da família em relação à velhice e aos idosos?

3.3 As Representações Sociais

Se fosse para destacar uma definição comum a todos os autores, que utilizam o conceito de representação social, não seria uma tarefa fácil, devido a pluralidade de concepções sobre a noção da teoria e em diferentes disciplinas (Sociologia, Antropologia e Psicologia).

Para Minayo (1998, p. 89), representações sociais "é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento".

O primeiro autor a trabalhar com o conceito de representações foi o sociólogo francês Emile Durkheim. Interessado em compreender o aspecto essencial e permanente da

humanidade, investigou as práticas religiosas das tribos das sociedades primitivas australianas, abordando as Representações Coletivas (NÓBREGA, 1990).

Para Durkheim (1912), as representações coletivas se referem "a categorias de pensamentos através das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade" (MINAYO, 1998, p. 90).

Segundo Alexandre (2004, p. 131), para Durkheim, as representações coletivas não reduzem a sociedade à somatória das representações dos indivíduos, mas seriam "a transmissão da herança coletiva dos antepassados, que acrescentariam às experiências individuais tudo que a sociedade acumulou de sabedoria e ciência ao passar dos anos".

De acordo com Arruda (2002, p. 134), as representações coletivas "consistiam em um guarda-chuva que abrigava crenças, mitos, imagens, e também o idioma, o direito, a religião, as tradições".

Partindo do conceito de representações coletivas, Moscovici (1961) elabora a Teoria das Representações Sociais, podendo ser conceituada como:

> *(...) um tipo de saber socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social. As representações sociais são conhecimentos culturalmente carregados, que adquirem sentido e significado plenos, apenas se forem levados em consideração o contexto e a situação em que se manifestam (QUEIROZ, 2000, p. 27).*

Guareschi (1998) explica como Moscovici elaborou o conceito de representações sociais substituindo o conceito "coletivo" pelo "social". Segundo o autor, Moscovici tinha consciência da sociedade estática e tradicional de Durkheim, e pensando na sociedade moderna, dinâmica, onde o sujeito é ativo e autônomo no processo de construção da sociedade, substitui o conceito de "coletivo", apropriado para a sociedade de Durkheim, positivista e estática, por "social", surgindo, assim, o conceito de representações sociais.

Para Araújo, Coutinho e Santos (2006, p. 90), no pensamento de Moscovici (1961), "toda representação surge da necessidade de transformar o que é estranho, o que não é compreendido, em algo familiar".

De acordo com Minayo (2004, p. 158), nas Ciências Sociais as representações sociais podem ser assim definidas: "(...) categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a".

Segundo Nóbrega (1990), as representações sociais é uma instância intermediária entre conceito e percepção, situando-se nas dimensões de atitudes, informações e de imagens. Ela colabora para a formação das condutas e para orientação das comunidades sociais.

Mas alguns termos devem ser definidos, para que as representações sociais não sejam compreendidas como sinônimo de opiniões, percepções ou concepções, caindo no senso comum.

De acordo com Minayo (2004, p. 92-93), conceitos podem ser definidos como "unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria". São estruturas mentais que emitem o ponto de vista de uma determinada realidade. "Etimologicamente, a palavra conceito vem de concepção, isto é, está vinculado à subjetividade, ele é concebido".

A percepção, por sua vez, está relacionada a estímulos sensoriais, como tato, olfato, visão. Segundo Lopes e Abib (2002), no estudo da percepção, a visão é o sentido que mais se destaca, sendo considerado o sentido mais complexo e desenvolvido do ser humano, e por se relacionar com os outros sentidos.

Queiroz (2000, p. 34) define percepção, na perspectiva fenomenológica, como "uma relação fundamental entre consciência e objeto, cuja estrutura se forma pela imaginação, memória, linguagem, pensamento".

Segundo Moscovici (1998, p. 12), há uma ruptura na dicotomia entre objeto e sujeito do conhecimento. "Não existe sujeito sem sistema nem sistema sem sujeito". As representações levam consigo a marca dessa tensão.

Diversos são os elementos que explicam a gênese das representações sociais, dentre eles destacam-se: a objetivação e a ancoragem.

> *A objetivação pode ser definida como a transformação de uma idéia, de um conceito, ou de uma opinião em algo concreto. Cristaliza-se a partir de um processo figurativo e social e passa a construir o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que a expressam* (FRANCO, 2004, p. 172).

Nóbrega (1990) explica que o processo de objetivação está dividido em três fases: a) "construção seletiva" - é o mecanismo da retirada das idéias a partir das informações circulantes; b) "esquematização estruturante ou núcleo figurativo" - é o elemento mais estável e fundamental da representação, gera e organiza a representação; c) "naturalização" - é a realidade do que era abstrato.

A ancoragem, por sua vez, é assim definida por Spink (1993, p. 306): "refere-se à inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído. Ou seja, ancoramos o desconhecido em representações já existentes".

A ancoragem é a incorporação do desconhecido no mundo real. Ela está diretamente relacionada à objetivação para "assegurar as três funções fundamentais da representação: incorporação do estranho ou do novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos" (NÓBREGA, 1990, p. 20).

A mesma autora, também, explica a ancoragem em três condições estruturantes: a) "atribuição do sentido" - o objeto e sua representação são inseridos na "rede de significações", já existente na cultura; b) "instrumentalização do saber" - momento em que é conferido ao objeto um valor fundamental à sua representação, ou seja, é transformado em algo útil para a realidade; c) "enraizamento no sistema do pensamento" - momento em que o que era novidade se torna familiar.

Cavalcanti et al (2006, p. 32) entendem as representações sociais como "sistemas de interpretações que regem a relação dos sujeitos com o mundo e com os outros, podendo ser produto tanto de idéias socialmente produzidas quanto de modificações ocorridas por intervenções históricas e sociais".

Cardoso e Gomes (2000) propõem alguns princípios teórico-metodológicos para melhor trabalhar as representações sociais, dentre elas podemos citar: a) as representações sociais não é o somatório das representações individuais; b) os indivíduos, por mais diferentes que sejam, compartilham aspectos formativos da sociedade; c) as representações sociais não são apenas reflexo do real, mas algo que ultrapassa cada ser humano.

Resumidamente, podem-se definir representações sociais como sendo conhecimento culturalmente carregado. Trabalhar com representações sociais significa interpretar aquilo que se pensa sobre um objeto após ser apreendido pelos sentidos, imaginação, pensamento. São construções contextualizadas, elaboradas e compartilhadas socialmente. Portanto, se é interpretação contextualizada, é algo dinâmico, que muda conforme local e período de tempo, ou seja, algo contextualizado e situado.

Há diversas críticas em relação à teoria das representações sociais e uma delas deve-se à complexidade e elasticidade da teoria. Moscovici (1998, p. 13) argumenta que para uma teoria permanecer é necessário ter essas duas características: ser complexa e elástica. "Estas qualidades lhe permitem modificar-se em função da diversidade dos problemas que ela deve resolver e dos fenômenos novos que ela deve descrever ou explicar".

Diante do exposto, as representações sociais têm sua importância na saúde coletiva, pois permite analisar porque os eventos sociais ocorrem e como os objetos sociais são construídos. Desta forma, permite observar e analisar porque as pessoas agem de uma forma ou de outra.

3.3.1 As representações sociais da velhice

Todos nós temos nossas próprias concepções do que é velhice, elaboradas pela imagem do "velho", formada a partir de nossas próprias observações e vivências, baseadas em diferentes perspectivas.

Entretanto, é importante trabalhar algumas considerações acerca dos preconceitos sociais sobre "velho", pois comumente esta palavra é usada para simbolizar algo triste, feio, melancólico, gasto com o tempo ou que foi muito usado.

Segundo Zimerman (2000), a partir da nossa observação daquilo que nos é passado pela família e pela sociedade, é formada a imagem do idoso, porém, na sociedade em que vivemos a expectativa é de ser adulto, o que dificulta imaginar um idoso feliz e, até mesmo, prefere-se não pensar na velhice.

Néri (1991) realizou uma revisão de pesquisas sobre atitudes em relação à velhice, onde aponta que o que há em relação a "o que significa ser velho", são opiniões que dependem de "quem" e "como" a questão é feita. Para a autora, não existe uma única resposta, porque o próprio fenômeno da velhice possui múltiplos significados contextualizados.

Aponta, ainda, que segundo a maioria dos estudos, realizados a partir de análises de sociedades isoladas e análises interculturais, nas sociedades primitivas e históricas predominavam atitudes positivas em relação ao idoso, que tendem a se tornar negativas com a modernização. Tal fato ocorre nas sociedades industrializadas onde predominam atitudes negativas, pois, com a industrialização, há introdução de novas técnicas e a

especialização do conhecimento e da produtividade, gerando um rebaixamento do status do "velho", cujas habilidades e conhecimentos passam a ter menor valor no mercado de trabalho.

Em sua pesquisa, Gandolpho (2002) objetivou conhecer quais as representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado com o idoso hospitalizado e concluiu que estes possuíam uma forte representação negativa da velhice e do envelhecimento. Porém, com relação ao cuidado com o idoso, relatam a necessidade de qualidades básicas para o cuidador como treinamento e qualificação profissional, carinho, compreensão, paciência, empatia, aceitação e amor.

Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999, p. 481) destacam que algumas pesquisas realizadas no Brasil[1] mostram que os idosos representam o envelhecimento humano "(...) exclusivamente a partir de perdas, representando o processo com predisposições desfavoráveis, estereótipos negativos e preconceitos".

A pesquisa realizada pelos autores teve como objetivo estudar as representações sociais das pessoas sobre a velhice, o idoso e o envelhecimento. Foram entrevistadas 37 pessoas com idades entre 52 e 92 anos, pertencentes a três grupos, na cidade de Florianópolis, sendo: professores aposentados da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); participantes da Universidade da Terceira Idade (NETI); e moradores de um centro para idosos. Identificaram haver três tipos de representações sociais de envelhecimento: a) representação doméstica e feminina onde ocorrem perdas dos laços familiares; b) apóia-se na noção de atividade – envelhecimento como perda do ritmo de trabalho; c) envelhecimento representa desgaste da máquina humana.

Rodrigues, Andrade e Marques (2001, p. 12), no estudo sobre as representações sociais dos profissionais de saúde no cuidado aos idosos em um asilo, do município de Ribeirão Preto – SP mostra que a imagem do idoso é a de "(...) um viejo frágil, dependiente de terceros, que la vélez es uma fase de degradación (...)".

Segundo Novaes e Gandolpho (2002, p. 23), "os estereótipos negativos do envelhecimento estão ancorados profundamente nos indivíduos e são constantemente

---

(1) *Os autores citam: a)DEBERT, G. G. As representações sociais (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. Em Ministério da Previdência e Assistência Social (org), Anais do I Seminário Internacional. Envelhecimento populacional: uma agenda para o final de século. Brasília, DF., 1996.; b) MEDRADO, D. D. Caindo prá idade. "A vivência da velhice em um contexto rural nordestino". Dissertação de mestrado não publicada. Curso de Psicologia. Universidade Federal de Pernambuco, 1994, c)SANTOS, M. F. S. Identidade e aposentadoria. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1990.*

reforçados pela sociedade". Néri (2006), em estudo em que analisa textos do jornal *O Estado de São Paulo,* publicados entre 1995 e 2002, ressalta que as atitudes e crenças sobre a velhice são negativas, tanto na ótica individual como social.

Ao analisar propagandas e comerciais veiculados nos canais de televisão, Gomes (2000) concluiu que são os meios de comunicação que reforçam os valores atribuídos aos idosos como pessoas inúteis, ônus econômico para a família e sociedade.

Todavia, para o século XXI, devido às mudanças na família brasileira, destacadas pela Síntese de Indicadores Sociais 2007 (IBGE, 2007), o conceito de idoso poderá sofrer mudanças, porque, com o crescimento desta faixa etária da população, há muitos idosos sustentando sua família (composta pelo (a) esposo (a), filhos, noras/genros, netos), na maioria das vezes, apenas com seu salário de aposentado, ocorrendo mudanças até mesmo no conceito de família.

Segundo Bourdieu (1996, p. 124) pode-se definir família como sendo o "conjunto de indivíduos aparentados, ligados entre si por aliança, casamento, filiação, ou, excepcionalmente, por adoção (parentesco), vivendo sob um mesmo teto (coabitação)". Para o autor, deve-se definir família de forma clara, pois se apenas for admitida como uma simples palavra, ou uma construção verbal, deve ser necessário analisar as representações que as pessoas têm do significado de família.

O mesmo autor vincula o conceito de família em *habitus. Habitus* pode ser definido como senso prático que norteia a percepção da situação, a ação, as preferências e a visão de mundo dos indivíduos. É ele que fundamenta a resposta dos indivíduos a uma determinada situação. É a um só tempo, fruto e expressão da interiorização da exterioridade e da exteriorização da interioridade. Diferente da palavra hábito (que significa algo concreto, cristalizado, que é freqüente a um ato, algo usual, costume), a expressão *habitus* designa a criadora, criativa, inventiva, ativa.

Herzlich (1991, p. 29) observa que "a noção de *habitus* não se afasta totalmente da Representação Social". A partir do momento em que as representações sociais são construídas, elas são instituídas na sociedade. Por sua vez, a cultura procura estabelecer uma articulação entre os fatos da natureza com os fatos sociais (viver em sociedade).

Lévi-Strass (1967) define cultura como o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos, de um determinado grupo, interpretar a experiência e guiar suas ações. Toda cultura pode ser considerada um conjunto de sistemas, símbolos, como a linguagem, relações econômicas, artes, ciências e religião. É nesta inserção da cultura que

os símbolos orientam e dão significado às ações humanas. Dessa forma, a cultura é constituída por símbolos, normas, regras, valores e representações, estabelecendo regularidades, que se tornam costumes e hábitos.

Pereira de Sá (1993) define representações sociais como conjunto de idéias ou imagens da realidade que são criadas a partir de um quadro social e a partir deste momento, aplicado à sociedade. No entanto, há ruptura das normas/regras e, assim, vão se criando outras propostas, reproduzindo a cultura, mudando, progredindo ou podendo regredir. Porém, estas mudanças ocorrem ao longo do tempo, de forma lenta, podendo demorar séculos.

Falar em cultura, segundo Mercadante (1996, p. 75), é pensar em fatos que se modificam. Analisar uma cultura implica analisá-la em sua constante dinâmica. Assim, a mesma autora define velhice como um fenômeno biológico, mas também cultural o que implica que "ser velho é um fenômeno que se altera no tempo e no espaço". Deste modo, "ser velho", hoje, pode significar discriminação, porém amanhã, este conceito poderá sofrer modificações, pois se trata de um fenômeno cultural.

Segundo Souza, Minayo, Ximenes e Deslandes (2002, p. 14), a visão negativa, depreciativa dos idosos tem sido sustentada pela ideologia "produtivista", que alimenta a sociedade capitalista industrial. Nesse sentido, se uma pessoa não é capaz de trabalhar e ter algo, possuir algo, de nada serve para a sociedade ou país. Assim, as mesmas autoras consideram como uma das questões primordiais: "desnaturalizar o fenômeno da velhice e considerá-la como uma categoria social e culturalmente construída". Ou seja, seria necessário considerar que as "diversas sociedades constroem diferentes práticas e representações sobre a velhice, a posição social dos velhos na comunidade e nas famílias e o tratamento que lhes deve ser dispensado pelos jovens".

Para Piccini et al (2006, p. 658), com o crescimento da população idosa, estão ocorrendo profundas alterações na sociedade. Este impacto, que tende a ser maior no futuro, está sendo sentido na "(...) economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde".

3.3.2 As representações sociais: da velhice à terceira idade

A imagem da pessoa com sessenta anos ou mais, no Brasil, encontra-se nebulosa, pois há duas formas opostas de representá-la: a) como uma pessoa inútil; que dá trabalho; ranzinza; fase em que se aguarda a morte; b) como um indivíduo que está em uma fase de atividades; aprendizagem; satisfação pessoal com vínculos amorosos e afetivos; sendo classificado, por muitas pessoas, como a melhor fase da vida (SILVA, 2008).

Para entender melhor essa transformação que marca o envelhecimento contemporâneo deve-se conhecer a trajetória histórica do processo de envelhecimento.

Segundo Domingues e Queiroz (2000) o envelhecimento tem sido assunto de reflexão de muitos anos. Desde os gregos e romanos, os filósofos tentaram sistematizar reflexões sobre o envelhecimento, demonstrando interesse e preocupação pelo assunto. Nas sociedades primitivas, a situação do idoso era incerta, confusa e contraditória, já nas sociedades agrícolas tradicionais, cada indivíduo possuía atividade econômica conforme a idade. A evidência da preocupação e do respeito pelos idosos, segundo Leme (1996), está na Bíblia, no livro de Eclesiástico, escrito em 200 a.C., o qual apresenta conselhos sobre os cuidados com idosos demenciados. "Meu filho, ajuda a velhice de teu pai, não o desgostes durante sua vida. Se seu espírito desfalecer, sê indulgente, não o desprezes porque te sentes forte, pois tua caridade para com teu pai não será esquecida" (ECLO, 3: 14, 15).

Nas sociedades pré-industriais, formadas por camponeses e artesãos havia a coexistência entre a função e a existência, ou seja, o trabalhador vivia em seu local de trabalho. Dessa forma, ao se tornar uma pessoa menos produtiva, o idoso continuava a viver no seio de sua família (família patriarcal), sem que a sociedade precisasse se preocupar com ele (DOMINGUES e QUEIROZ, 2000).

Entretanto, na sociedade moderna, urbana-industrial, onde a família patriarcal é substituída pela família nuclear, a perda da capacidade produtiva e o desengajamento do mundo do trabalho, são marcos significativos na vida do indivíduo, indicando um futuro incerto e diferenciado, segundo a condição social, econômica e de gênero. Na sociedade moderna, a velhice indica uma fase da vida na qual se verifica o declínio nos projetos de vida e de participação social. Assim, ao longo do tempo, ser idoso em determinadas

sociedades pode significar sabedoria e experiência, porém, em outras, significa exclusão social. (GEERTZ, 1989).

Para Silva (2008), a noção de velhice surgiu entre os séculos XIX e XX, através de diversas mudanças que ocorreram, reordenando a trajetória de vida e gerando condições para a velhice, sendo destacados dois fatores fundamentais e determinantes: os novos saberes médicos interessados no corpo envelhecido e a institucionalização das aposentadorias. Dessa maneira, ao longo do século XX, o envelhecimento passa a não ser visto, somente, como biológico, o corpo envelhecido, objeto da geriatria, mas como um todo, surgindo a gerontologia, como especialidade, tendo como objeto, a velhice em toda sua complexidade, como área de saber multidisciplinar.

Para Néri (2005, p. 95), a "gerontologia é o campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais."

Dourado e Leibing (2002) descrevem as transformações do envelhecimento enquanto objeto de estudo na sociedade contemporânea, desde as dimensões fisiológicas e do prolongamento da vida ao desequilíbrio demográfico, financeiro, político e social. Logo, a compreensão da velhice deve ser entendida na sua dimensão histórico-social, modificando-se a representação social da velhice para "terceira idade".

A nova categoria que surge, com a utilização do termo, "terceira idade" é considerada como a maior transformação que ocorreu na história da velhice. Tal modificação provocou uma profunda inversão dos valores atribuídos à velhice. Assim, de fase de isolamento, invalidez, solidão, desafetos, a velhice passa a ser "terceira idade", a significar momento de lazer, criação de novos hábitos, *hobbies*, habilidades, novas amizades e laços afetivos alternativos à família (SILVA, 2008).

Esse novo conceito de valorização da velhice, como sendo uma fase de realizações pessoais, também foi descrito por Dourado e Leibing (2002) como sendo uma fase em que devem ser explorados novas identidades e realizar novos projetos de vida, que foram deixados de ser feitos em etapas passadas.

Silva (2008, p. 162) destaca que, supostamente, o surgimento da terceira idade deve-se "à generalização e à reorganização dos sistemas de aposentadoria, à substituição dos termos de tratamento da velhice, ao discurso da gerontologia social e aos interesses da cultura do consumo".

Para a mesma autora, são fundamentais dois fatores no processo de construção positiva do envelhecimento: desprezar, criticamente, o conceito de que velhice está vinculada a doenças e a elaboração de uma "nova identidade para a velhice", de forma a representar como uma fase positiva.

Segundo Caldas (2007), um exemplo de teoria social de envelhecimento é o paradigma "envelhecimento e sociedade" que desenvolve a idéia de que, na sociedade, a estrutura etária organiza as estruturas sociais e se inter-relacionam.

Entretanto, a mesma autora argumenta que as atuais teorias sociológicas do envelhecimento não darão conta desse fenômeno. Por conseguinte, espera-se que os gerontólogos tenham o compromisso de desenvolver pesquisas dando continuidade às teorias da gerontologia.

4. METODOLOGIA

Segundo Deslandes (1999), a metodologia não contempla somente a fase exploratória da pesquisa, mas também é a definição de instrumentos e procedimentos para a análise dos dados.

4.1 Tipo de estudo

É qualitativo, pois se pretende trabalhar com o universo de significados, crenças, valores, hábitos, costumes, relacionamentos, os quais não são possíveis de serem quantificados. Segundo Debus (1994), a investigação qualitativa é um tipo de investigação formativa que oferece técnicas especializadas para obter respostas acerca do que as pessoas pensam e seus sentimentos, permitindo melhor compreensão das atividades, crenças e comportamentos.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares:

> *[...] ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1999, p. 21-22).*

Segundo Bogdan e Biklen (1997), a investigação qualitativa possui cinco características: a) o ambiente natural como fonte direta dos dados, sendo o pesquisador o instrumento fundamental; b) o caráter descritivo da investigação, não interessando o quanto, mas, como, onde, quando e por quê; c) o processo é mais importante que os resultados/produtos, pois o dado qualitativo pode ser interpretado de várias formas, devendo no processo ser descrito como foi analisado o dado para que se possa ter aquele resultado; d) o enfoque é indutivo, ou seja, os dados não são coletados para aceitar ou rejeitar hipótese; e) é o significado a importância vital do estudo, ou seja, o investigador busca o modo como diferentes pessoas dão sentido à sua vida, preocupando-se com a perspectiva do participante.

Flick (2007) descreve os aspectos essenciais que diferem a pesquisa qualitativa da quantitativa: escolha adequada de métodos e teorias, análise em diferentes perspectivas,

reflexões dos pesquisadores a respeito de sua pesquisa como parte do processo de produção de conhecimento e variedade de abordagens e métodos.

O mesmo autor resume pesquisa qualitativa da seguinte forma:

> *[...] pesquisa qualitativa pode ser representada como uma trajetória que parte da teoria em direção ao texto, e outra do texto de volta para a teoria. A intersecção dessas duas trajetórias é a coleta de dados verbais ou visuais e a interpretação destes em um plano de pesquisa específico (FLICK, 2007, p. 27).*

Assim, a pesquisa qualitativa trabalha essencialmente com textos, pois os métodos de coleta de dados, como entrevistas e observações, produzem dados por gravação e transcrição. Estes dados são transformados em textos por meio da interpretação e, por sua vez, estes são complementados com a teoria.

A preocupação central do investigador não é como o resultado poderá ser generalizado, mas a que contexto e sujeitos ele pode ser aplicado, podendo existir várias pesquisas com o mesmo objetivo, realizadas por pessoas em locais diferentes com resultado diversificado. Logo, o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa supõe um corte temporo-espacial de determinado fenômeno por parte do investigador (BOGDAN e BIKLEN, 1997).

4.2 Cenário de estudo

As entrevistas foram realizadas em quatro Núcleos de Saúde da Família (I, III, IV e V) do Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRP – USP), no bairro Sumarezinho, município de Ribeirão Preto – SP.

Ribeirão Preto, uma das maiores cidades do Estado de São Paulo, possui uma área territorial urbana de 274 Km^2, é considerada município de médio porte, situado no nordeste do Estado, distanciando-se 313 km da capital (BULGARELLI, 2006).

A população estimada para o município de Ribeirão Preto para o ano de 2007 era de 567.917 habitantes. Deste total da população, 10,13% possuem idade de sessenta anos ou mais (32.104 habitantes com 60 a 69 anos, 18.261 habitantes com 70 a 79 anos e 7.218 habitantes com 80 anos e mais) (DATASUS, 2007).

Seu amplo serviço de saúde permite Ribeirão Preto ser reconhecida nacionalmente como pólo de atenção à saúde, pois possui uma das mais importantes e desenvolvidas redes de saúde, sendo amplo o atendimento para a população do município, região, estado e país. Há um número significativo de instituições privadas, filantrópicas e públicas, incluindo hospitais, hospitais-escola, maternidade, pronto-socorro, unidades básicas de saúde, e em alguns bairros as Unidades de Saúde da Família - estratégia prioritária do governo federal, para a Atenção Primária.

Em Ribeirão Preto, a Saúde da Família iniciou sua prestação de serviço em 1999, sendo o primeiro Núcleo de Saúde da Família implantado na região oeste do município, no bairro Sumarezinho, pelo Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) - Universidade de São Paulo (USP). Nos anos de 2000 e 2001 expandiram a estrutura, sendo implantados outros três Núcleos, totalizando quatro Núcleos, vinculados ao CSE (CACCI-BAVA, 2004).

Posteriormente, outras unidades de saúde da família foram sendo criadas pela Prefeitura do Município, em parceria com outras universidades/faculdades de Ribeirão Preto.

Os Núcleos de Saúde da Família são unidades de saúde da família, vinculados à Universidade de São Paulo, que atuam como uma porta de entrada do cliente no sistema de saúde municipal, constituindo o primeiro contato no sistema de saúde (CACCIA-BAVA, 2004).

Cada Núcleo atua em uma área delimitada e definida, com uma população adscrita, os quais são cadastrados pela equipe que compõe o Núcleo, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em 2007, os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), segundo informações fornecidas pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto – SP - mostram que a população de idosos cadastrados pelos Núcleos e o total de pessoas cadastradas são respectivamente: Núcleo I – 681 idosos entre as 3483 pessoas cadastradas; Núcleo III – 695 idosos entre as 3251 pessoas; Núcleo IV – 245 idosos entre as 3606 pessoas e Núcleo V – 297 idosos cadastrados entre as 2639 pessoas.

Cada Núcleo de Saúde da Família possui uma equipe composta por 01 médico, 01 enfermeira, 01 dentista, 06 agentes comunitários de saúde, 02 auxiliares de enfermagem, 01 auxiliar de serviços gerais, e recebem docentes e alunos de diversos cursos de graduação e pós-graduação da USP, como campo de estágio e/ou pesquisa.

4.3 População de estudo

A população deste estudo foi constituída pelos profissionais que atuam nos Núcleos, sendo selecionados 01 médico, 01 enfermeiro, 01 dentista, 01 auxiliar de enfermagem e 01 agente comunitário de saúde, que trabalhavam em cada Núcleo de Saúde da Família do CSE – FMRP-USP, no bairro Sumarezinho, município de Ribeirão Preto – SP.

O profissional auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde foram selecionados conforme tempo de serviço no Núcleo. O profissional com mais tempo de serviço no Núcleo está, teórica e supostamente, mais preparado e adaptado ao serviço de saúde, devido aos treinamentos e reuniões, como as discussões de caso, que há entre a equipe e seus coordenadores.

Assim, foi selecionado o médico, o enfermeiro e o dentista do Núcleo de Saúde da Família, um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde que estavam a mais tempo no Núcleo.

4.4 Coleta de dados

Para Minayo (2004), há dois instrumentos fundamentais que podem ser utilizados para a coleta de dados, no trabalho de campo: a entrevista e a observação participante. A entrevista pode ser decomposta em: entrevista aberta, entrevista semi-estruturada, entrevista estruturada, entrevista através de grupos (focais ou de discussão) e histórias de vida. A observação participante, por sua vez, enfatiza o momento de relação informal do pesquisador no campo, ou seja, é a técnica que se realiza por meio do contato direto do pesquisador com o que está sendo observado para poder obter informações desejadas.

Bogdan e Biklen (1997) definem entrevista como sendo uma conversa intencional, com o objetivo de obter informações sobre o sujeito da pesquisa; ou seja, o investigador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais. Não é a busca da "verdade absoluta".

Segundo os mesmos autores, é fundamental a relação entre entrevistador e entrevistado para que se sintam à vontade. Assim, uma entrevista de qualidade é caracterizada pelo fato dos sujeitos sentirem–se à vontade, falando livremente suas opiniões, representações, com riqueza de exemplos e detalhes. Portanto, não há regras para

obter uma entrevista adequada, devendo-se, apenas, saber ouvir cuidadosamente e ter paciência.

Para Alonso (1995), a subjetividade direta da informação gerada pela entrevista é a principal característica e, por sua vez, a principal limitação, pois tem maior sentido nas investigações em que interessam as falas expressivas.

Poderão existir conflitos de valores em relação às concepções do entrevistado e do entrevistador. Entretanto, o papel do investigador não é modificá-las, mas compreender seu ponto de vista e as razões que o levam a assumi-los (BOGDAN E BIKLEN, 1997).

Os dados obtidos, mediante a entrevista, podem ser de duas naturezas: a) os que o investigador poderia obter por meio de outras fontes (objetivos) como censos, estatísticas, registros civis, atestados de óbitos, prontuários; b) os que se referem ao indivíduo entrevistado (subjetivos), ou seja, suas atitudes, valores e opiniões (MINAYO, 2004).

Minayo (2004) estrutura a entrevista em vários tipos, citando a classificação de Honningmann (1959): a) sondagem de opiniões, na qual o questionário é totalmente estruturado, sendo as respostas orientadas pelo entrevistador; b) entrevista semi-estruturada, combinando perguntas fechadas/estruturadas e abertas/não estruturadas; c) entrevista aberta, na qual o informante fala livremente do tema; d) entrevista não diretiva "centrada" ou "entrevista focalizada", se aprofunda a conversar em um determinado tema, sem roteiro; e) entrevista projetiva, que é centrada em técnicas visuais, usada para aprofundar informações sobre o grupo.

Como instrumento no trabalho de campo para a entrevista, utiliza-se o roteiro de entrevista. Tal roteiro, ao contrário do que todos pensam, não tem o mesmo sentido do questionário tradicional. Para Valles (1997), o roteiro equivale ao questionário em entrevistas comuns, porém, contém temas e subtemas, os quais não podem sugerir respostas.

Minayo (2004) distingue bem questionário de roteiro de entrevista. Segundo a autora, o questionário pressupõe hipóteses e questões fechadas, tendo como ponto de partida as referências do pesquisador. Por sua vez, o roteiro parte do ponto de vista dos atores sociais os quais estão previstos nos objetivos da pesquisa. O roteiro é um instrumento que serve para orientar a conversa estabelecida entre investigador e sujeito da pesquisa, o qual possui uma finalidade. Desta forma, ele deve ser o facilitador do início, da ampliação e do aprofundamento da comunicação.

O roteiro é sempre o guia, e nunca o obstáculo. Assim, de acordo com Minayo (2004), deve responder às seguintes condições: a) as questões levantadas devem fazer parte do delineamento do objeto e tomar forma e conteúdo; b) permitir ampliar e aprofundar a comunicação e não limitar com barreiras; c) do ponto de vista dos comunicantes, contribuir para o surgimento da visão, dos juízos e das relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto.

Durante a coleta de dados, outro instrumento que pode ser utilizado pelo investigador, durante a entrevista, é o diário de campo, o qual contém as notas de campo.

Segundo Bogdan e Biklen (1997), o termo notas de campo refere-se ao relato escrito, feito pelo investigador, daquilo que vê, ouve, vive e pensa na coleta, que reflete sobre os dados. Assim, as notas de campo devem ser detalhadas, precisas e extensivas, sendo seu conteúdo descritivo e reflexivo.

A coleta de dados do presente estudo foi realizada através da técnica de entrevista semi-estruturada, individual, com roteiro contendo questões específicas que caracterizavam a amostra (I identificação) e questões abertas para investigação das representações sociais (II questões), ambas em anexo (Anexo I). As entrevistas foram gravadas em MP3 e transcritas, posteriormente, para a análise.

Primeiramente, foi realizado o pré-teste em um Núcleo de Saúde da Família do município de Morro Agudo – SP, com uma médica, uma dentista, duas auxiliares de enfermagem e duas agentes comunitárias de saúde, para identificar dificuldades no roteiro de entrevista, tempo de cada entrevista e possíveis vieses. Assim, foi possível aperfeiçoar os instrumentos utilizados nas entrevistas, como o roteiro e gravador, sendo trocada a fita cassete por um MP3.

Não houve qualquer tipo de resistência dos profissionais em participar da pesquisa, acolhendo a pesquisadora muito bem nos Núcleos e prontificando se ajudar no que fosse necessário.

A duração média de cada entrevista realizada foi de 22 minutos e 44 segundos, variando muito de participante para participante, sendo o período mínimo de entrevista de 10 minutos e 04 segundos, e máximo de 38 minutos e 36 segundos. A coleta de dados ocorreu no período de 05/06/2007 a 06/07/2007.

Como a pesquisa foi realizada nos Núcleos, nos horários de atendimentos, em algumas entrevistas fomos interrompidos por alunos (estagiários de FMRP) e outros profissionais e muitas entrevistas apresentaram ruídos, presentes nas unidades de saúde,

como barulhos da rua, vozes, compressor de ar, telefone, dentre outros, o que dificultou no momento da entrevista e da transcrição.

Durante a transcrição ocorreram alguns problemas técnicos com o MP3, sendo necessário ajuda de um técnico de informática para a recuperação dos dados.

Essas dificuldades, no entanto, não impossibilitaram a construção do atual estudo. Ao contrário, possibilitaram um maior aprendizado para a pesquisadora.

Não foi feita a observação dos atendimentos dos profissionais, já que não era este o campo a ser estudado. As entrevistas foram realizadas em horário e local de trabalho, possibilitando que eles expressassem suas concepções, devido à liberdade dada com a técnica de entrevista semi-estruturada.

4.5 Aspectos éticos

Este projeto foi enviado para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (CSE/FMRP-USP), sendo aprovado, como processo nº 226/CEP-CSE-FMRP-USP (Anexo 4). Anteriormente foi enviada uma cópia do projeto à coordenação do CSE e coordenadores dos Núcleos solicitando autorização para a realização da pesquisa em campo, o que foi atendido, prontamente, pela coordenação dos Núcleos e CSE (Anexo 3).

Foi realizado um primeiro contato, pessoalmente, nos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V, com os profissionais para a apresentação dos objetivos da pesquisa e para convidá-los a participarem do presente estudo, fazer esclarecimento de dúvidas e agendamento para o dia da entrevista com entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, às pessoas que se propuseram a participar da pesquisa.

É importante ressaltar que para manter o anonimato dos participantes, na descrição das falas, os entrevistados foram identificados pela letra E (entrevistado) e por um número correspondente à seqüência das entrevistas.

4.6 Análise dos dados

Os elementos coletados durante a investigação e que serão analisados são denominados dados. Eles podem ser: materiais registrados como transcrições de entrevistas, notas de campo, diários, fotografias, vídeos, documentos oficiais, artigos,

jornais, revistas, documentos pessoais (cartas pessoais, autobiografias). Os dados qualitativos não visam quantificar, mas buscam visualizar o contexto, contribuindo para a compreensão do fenômeno (BOGDAN e BIKLEN, 1997).

Segundo Valles (1997), no sentido ampliado, qualquer fase de investigação qualitativa pode ser considerada analítica, pois desde a escolha do problema, no início da investigação, o pesquisador analisa o problema. Porém, de forma didática, a análise é entendida como a utilização de técnicas e procedimentos, após a coleta dos dados.

O processo de análise segue em quatro etapas: 1) transcrições das entrevistas, codificando a que parte conceitual pertence cada trecho; 2) juntam-se os fragmentos codificados na mesma seção - é importante não perder a origem de cada um desses fragmentos; 3) reclassificação das sessões e interpretação, abrindo sub-sessões, sendo denominada de operação de integração local, passo feito para cada sessão; 4) organização das sessões de maneira coerente, de acordo com uma linha argumental, narrativa ou explicativa (VALLES, 1997).

Os procedimentos de análise qualitativa têm sua raiz na sociologia. Valles (1997) classifica os procedimentos da seguinte forma: a) procedimentos de indução analítica (desenvolve classificações e produz hipóteses explicativas); b) procedimento analítico da teoria fundamentada (é o método comparativo de associação, codificação e análise, gera a teoria); c) procedimentos de análise de dados qualitativos por Barton e Lazarsfeld (procedimentos e análises ordenados do menor para o maior nível de complexidade); d) enfoques semióticos-estruturais de análise de textos e discurso (análise de discurso).

Minayo (2004) chama a atenção de três obstáculos para uma análise eficiente. O primeiro está relacionado à ilusão do pesquisador em ver as conclusões como "transparentes", devido a familiaridade com os dados, o que pode levar a simplificação dos dados, conduzindo a conclusões equivocadas; o segundo se refere ao envolvimento do pesquisador com os métodos e técnicas a ponto de esquecer os significados presentes em seus dados; o último está relacionado com a dificuldade de o pesquisador articular suas conclusões – dados concretos, com os conhecimentos amplos – abstratos, produzindo um distanciamento entre fundamentação teórica e prática.

Gomes (1999) aponta as finalidades da fase de análise: estabelecer a compreensão dos dados coletados; avaliar os pressupostos da pesquisa e/ou questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado. Bogdan e Biklen (1997) descrevem a tarefa de interpretar e compreender os dados como sendo trabalhosa, desagradável e que

gera muita ansiedade nos investigadores menos experientes, o que faz com que estes evitem o trabalho de análise e procurem fazer outras atividades desnecessárias. Entretanto, a fase de análise deve ser vista como uma série de decisões e tarefas, inseridas no processo de investigação.

Os autores mencionados assinalam três aspectos gerais: a) não ter medo de investigar; b) estar aberto a novas idéias – as idéias e sua compreensão surgirão à medida que a investigação se desenvolve; c) rever os dados durante a coleta de dados, escrevendo as idéias, notas de campo, comentários do investigador.

Para Minayo (2004), os dados podem ser analisados através de três técnicas: Análise de Conteúdo, Análise do Discurso e a Hermenêutica-Dialética.

Gomes (1999, p. 77) define o método hermenêutico-dialético como sendo o método em que "a fala dos atores sociais é situada em seu conteúdo para melhor ser compreendida". Segundo Minayo (2004, p. 218), a "hermenêutica-dialética se apresenta como um 'caminho do pensamento', como uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia".

De acordo com Minayo (2004, p. 211), a técnica de Análise do Discurso tem como objetivo:

> *[...] realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: religioso, filosófico, jurídico e sócio-político. Ela visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido.*

Por sua vez, a técnica de Análise de Conteúdo é a "expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa" (MINAYO, 2004, p. 199).

Para Flick (2007), a análise de conteúdo é um procedimento clássico para a análise de dados da pesquisa qualitativa, não importando a origem do material, podendo variar de produtos da mídia a entrevista.

Segundo Bardin (1997, p. 42), a análise de conteúdo é:

> *Um conjunto de técnica de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.*

Um dos elementos principais no emprego desta técnica são as categorias, sendo definidas como "(...) trazidas para o material empírico e não necessariamente desenvolvidas a partir deste, embora sejam, repetidas vezes, avaliadas contrastivamente a esse material e, se necessário, modificadas" (FLICK, 2007, p. 202).

Gomes (1999, p. 70) define categoria como sendo um "(...) conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si".

Ainda com o entendimento de Gomes (1999, p. 74), atualmente, destacam-se duas funções na aplicação da técnica de análise de conteúdo: a) "verificação de hipóteses e/ou questões", b) "descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestados, indo além das aparências do que está sendo comunicado".

Cronologicamente, Bardin (1997) divide a análise de conteúdo em três fases, que são as etapas citadas por Minayo (2004) durante a análise temática:

1. A pré-análise: momento de organização do material, ou seja, os documentos a serem analisados são selecionados. Minayo (2004) subdivide esta fase em três tarefas: leitura flutuante, constituição do corpus e formação de hipótese e objetivos.

- A **leitura** flutuante é a primeira atividade, momento em que o pesquisador estabelece contato com os textos que irão orientá-lo. Lentamente, a leitura torna-se mais precisa em função da relação entre hipóteses iniciais, hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema.
- Durante a **constituição do corpus**, ocorre a organização do material que deve contemplar algumas normas de validade qualitativa: exaustividade (deve conter todos os elementos levantados no roteiro); representatividade (a amostra é uma parte representativa do universo inicial); homogeneidade (os documentos devem ser homogêneos, obedecendo a critérios precisos de escolha de temas, técnicas e interlocutores); pertinência (os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação para o objetivo do trabalho).
- A **formação de hipótese e objetivos** é o momento de levantar uma hipótese, interrogá-la, pois são pressupostos flexíveis, possibilitando correção ou surgimento de novas indagações.

É nesta fase, pré-analítica, que se determina a unidade de registro (elemento obtido pela decomposição do conjunto da mensagem, como palavra-chave, frase ou tema), a

unidade de contexto (delimitação do contexto em que faz parte a mensagem), trechos significativos, forma de categorização e conceitos teóricos para a análise.

2. **Exploração do material:** é uma fase longa e consiste na operação de codificação, que corresponde à transformação dos dados brutos em dados que permitem uma representação do conteúdo, por meio de recortes, agregações e enumeração, sendo garantido o rigor das regras. Escolhem-se as categorias teóricas e empíricas, responsáveis pela especificação do tema.

3. **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** nesta fase, busca-se revelar o conteúdo. Por ser uma análise qualitativa a busca deve ser por ideologias, tendências e outras características de fenômenos que estão sendo analisadas, não devendo ser excluídas as informações estatísticas (GOMES, 1999).

Conclui-se que existem várias maneiras de se manusear e avaliar/interpretar os dados qualitativos, ficando para cada investigador a responsabilidade da escolha da forma de manusear os dados e a forma de análise, segundo seu objetivo e referencial teórico de investigação, sendo muito importante a garantia do rigor da análise.

Segundo Spink (1999), a interpretação é concebida como processo de produção dos sentidos. Ela emerge como elemento intrínseco do processo de pesquisa. Dessa forma, durante todo processo da pesquisa, o investigador está imerso no processo de interpretação. É neste processo que o rigor deve ser assegurado, sendo entendido como a objetividade possível no âmbito de subjetividade.

Na análise dos dados desta pesquisa, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática, percorrendo-se as etapas que orientam esta análise, citadas por Minayo (2004).

Após a coleta dos dados, realizou-se a caracterização dos participantes, por meio de operações estatísticas simples.

As entrevistas foram transcritas (transformação de cada relato oral para um texto escrito) fidedignamente, pela própria pesquisadora, repetindo as sensações e emoções de cada entrevistado e refletindo o que foi ouvido e o que foi sentido na interação com os participantes.

Como categoria geral, foi utilizada a representação social, que serve para questionar e explicar os pensamentos e sentimentos das pessoas, ou melhor, analisar as concepções dos profissionais sobre a velhice.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como já foi dito, o presente estudo destina-se ao conhecimento das representações sociais de velhice entre os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (CSE/FMRP-USP), no bairro Sumarezinho, município de Ribeirão Preto – SP. Ao estudar os relatos, foram observadas as concepções dos profissionais sobre velhice e outros aspectos que surgem, criando um amplo campo para novas pesquisas. Dessa forma, procurou-se identificar as concepções, os valores, as crenças e dificuldades em relação ao assunto na população estudada.

5.1 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo dezenove profissionais dos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V do CSE/FMRP-USP. Vale lembrar que os participantes foram um profissional de cada categoria e com mais tempo de serviço no Núcleo, totalizando quatro médicos, quatro enfermeiras, quatro auxiliares de enfermagem, quatro agentes comunitárias de saúde e três dentistas, pois um dentista é responsável por duas unidades de saúde.

A idade dos participantes variou entre 25 e 54 anos, com média de 39,6 anos, com maior predomínio a faixa estaria de 40 a 49 anos, perfazendo nove profissionais.

Quanto ao sexo, dezesseis profissionais são do sexo feminino e três, do sexo masculino.

Em relação ao tempo de atividade profissional, não há profissionais com menos de um ano, somente um profissional com tempo de 1 a 5 anos; onze com 6 a 10 anos, e sete participantes com mais de 10 anos de atividade profissional. Porém, quanto ao tempo de atividade na equipe de saúde da família, são dezesseis profissionais com mais de 05 anos e três de 2 a 5 anos, não havendo profissionais recém-contratados, ou seja, com menos de dois anos de atividade.

Verifica-se que, em relação aos profissionais com pós-graduação, três fizeram especialização, cinco, residência (sendo que todos os médicos cursaram residência em Saúde da Família e Comunidade), cinco fizeram mestrado e um, doutorado. Destes, há três que cursaram mais que uma pós-graduação.

5.2 Representação sobre velhice

Considerando que o aumento de idosos em nosso país é uma realidade, expressa em vários estudos epidemiológicos e demográficos e que, cada vez mais, eles passam a representar parte significativa da população atendida no serviço público de saúde, apresenta-se cada vez mais urgente a necessidade do conhecimento das concepções, sobre o tema velhice, presentes entre os profissionais de saúde, e, mais especificamente – por ser o objeto deste estudo - as concepções sobre o tema velhice entre os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família.

a) *O conceito de velhice*

Durante as entrevistas, ao serem questionados sobre o que é velhice, os entrevistados sentiram-se surpresos, muitos não haviam parado para pensar no assunto, outros relataram que, no momento, estão refletindo sobre o envelhecimento, devido aos acontecimentos da vida pessoal, e outros ainda, manifestaram a opinião (quase uma preocupação) de que não vão chegar a ser velhos.[2]

> *Ai, Senhor! (sorri) O que é velhice? Ai, ... é uma pergunta ampla, né [...]. E 01*
>
> *(Pausa) Não tem uma pergunta mais fácil? (disse em voz baixa, pausa). Ah ... não sei [...]. E 16*
>
> *Eu tenho pensado sobre isso (sorri). Eu tenho pensado sobre isso, porque eu resolvi fazer coisas que eu não fazia, uma delas, por exemplo, eu estou fazendo atividade física regularmente [...]. E 02*
>
> *(Pausa) Nunca pensei nisso (sorri). É, nunca pensei, não sei ... ah, pelo ... acontecimento de vida atual, é ... de dificuldades mesmo, no momento, de ... parece que viver um dia após o outro ... e deixar ... as coisas acontecerem, até por conta do desânimo,*
> *assim ... eu ando um pouco triste ... é (pausa) ... eu nem penso ... nem sei se eu chego até lá [...] (neste momento os olhos da entrevistada ficam cheios de lágrimas). E12*

---

[2] *O termo velho foi utilizado no roteiro de entrevista, devido ser o termo mais utilizado pelos profissionais entrevistados, no projeto piloto, quando se referiam ao idoso. Como o projeto piloto tem como objetivo aperfeiçoar o instrumento a ser utilizado na pesquisa, optamos em fazer uso do termo velho para melhor adaptarmos ao vocabulário dos profissionais entrevistados, apesar de compreendermos que o termo velho tem conotação pejorativa, de algo negativo, preconceituoso.*

A dificuldade encontrada, pelos entrevistados, em conceituar o termo "velho", "velhice" e "envelhecimento", também foi identificada por Néri (1991) em seu estudo, realizado com o objetivo de avaliar as atitudes de pessoas não idosas frente à velhice. A autora defende que esses conceitos devem ser contextualizados por fatores grupais, individuais e socioculturais, devido aos múltiplos significados do fenômeno do envelhecimento.

O conceito de velhice é constituído ao longo do tempo nas relações intra e intergrupais. Néri (1993) enfatiza, também, que o desconhecimento do significado de velhice contribui para a manutenção e propagação da imagem negativa da mesma.

Várias idéias despontaram sobre o assunto, durante as entrevistas. Quando colocados diante da pergunta "O que é velhice para você?", muitos sujeitos tiveram certa dificuldade para responder.

Na fala dos médicos, a velhice aparece descrita como uma evolução natural do corpo humano, relacionado com perdas, limitações ou dificuldades. Aparece, também, associada com a idéia de sabedoria e experiência de vida.

> *É, então, falar sobre velhice, eu acho que tem, uma série de assuntos, né, eu acho que a velhice é uma ... uma evolução natural, né, do corpo humano, mas que acaba trazendo consigo uma série de aspectos de cuidados, né, e que ... são importantes e que não dá para gente separar. Então, eu acho que a velhice é um processo natural do ser humano, mas que, ainda hoje em dia, é uma coisa que traz muitas dificuldades, pelo aspecto cultural, pelas limitações físicas, que ... com o processo de envelhecimento traz mesmo, né [...]. E 03*

> *Velhice (pausa) acho que é uma fase da vida que é natural ... que para mim, tem muito a ver com experiência, com conhecimento [...]. E07*

> *[...] eu acho que é uma fase da vida que ... (pausa) inicia, algumas ... dificuldades maiores, assim, pela própria evolução ... do organismo humano ... pelas próprias condições sociais que estabelecerá ao longo dos anos ... do funcionamento do organismo como um todo [...] Ah ... é um momento em que a gente se torna uma pessoa mais experiente, em termos de vida, né, em que a gente começa a analisar a vida com os outros olhos, né [...]. E 17*

> *[...] eu entendo a velhice como ah ... um período ... da vida em que o nosso organismo ele começa a não ... a não trabalhar tão ... facilmente quanto no começo da vida, né [...] e existe um ... processo aí de ... alteração do funcionamento da célula (pausa). Mas por outro lado, período que ... eu acredito que ... todos deveriam buscar a magnificência [...]. E 08*

Possivelmente, essa idéia da velhice como uma fase de sabedoria, maior experiência de vida e evolução natural, comum na fala dos médicos entrevistados, deve-se à formação comum, ou seja, todos terem cursado residência em Saúde da Família, cujo objetivo é formar profissionais para desempenharem suas atividades em equipes de saúde da família, por meio de ações de abordagem coletiva e individual, com vistas à vigilância à saúde e desenvolvendo ações que promovam a melhoria da saúde e da qualidade de vida. Assim sendo, o profissional que fez residência em Saúde da Família parece ter uma capacidade maior de identificar as necessidades de saúde, seja individual ou coletiva, segundo uma abordagem integral dos problemas e de qualidade das ações de intervenção.

Para Andrade, Barreto e Fonseca (2004) é atribuição dos integrantes da equipe de saúde da família, o enfoque integral à família. Essa visão integral é feita compreendendo-se o contexto socioeconômico e cultural da cada família e seus membros. Assim, o olhar do profissional deve ir além do aspecto biológico, devendo o indivíduo ser visto holisticamente. Para isto é necessária, além de boa formação profissional, uma postura ética e compromissada com o serviço de saúde.

Por outro lado, os profissionais não médicos entrevistados, responderam à mesma pergunta utilizando termos como "experiência de vida" ou "estado de espírito".

> *Velhice é quando você já está com bastante experiência ... quando você já está com uma carga, assim, da idade, também, né, porque a idade, também, tem suas cargas, né ... Mas assim, a gente pensa que velhice é um outro estado da vida, né. É um estado de mais experiência ... mais respeito ... eu acho que é isso. E 04*

> *Velhice! Ah, eu acho que é ... eu acredito, mesmo, que seja um ... um termo de ser idoso, eu acho que é um estado de espírito, porque a maioria das pessoas que a gente conhece, não se vê velha, a gente ... eu vejo isso por mim mesma [...]. E 18*

Em um estudo realizado por Dourado e Leibing (2002, p. 05) sobre a representação da velhice e as implicações para intervenção psicanalítica, os autores apontam que a imagem da velhice parece estar exteriorizada, causando-nos a impressão de estranheza, "é a outra", mesmo que tenhamos a consciência de nossa própria imagem. "O velho é sempre o outro em quem não nos reconhecemos".

Observa-se nas falas acima citadas, duas concepções de idade psicológica. O primeiro como sinônimo de idade biológica, e o segundo, com sentido de "estado de espírito".

Essas duas concepções de idade psicológica também foram observadas por Néri (2001). O primeiro, análogo ao de "idade biológica", ou seja, há uma relação entre idade cronológica e as capacidades (como percepção, memória, aprendizagem). O segundo está relacionado ao "senso subjetivo da idade", ou seja, como cada indivíduo se avalia, na presença ou ausência de marcadores biopsicossociais da idade.

Quando interrogados sobre a partir de que idade eles consideravam uma pessoa "velha", nossos entrevistados forneceram opiniões muito parecidas com as encontradas por Néri (1991): os sujeitos mais novos tendem a classificar a velhice como "estado de espírito" e os mais velhos como idade cronológica, assim como em relação ao nível de escolaridade, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, maior é a porcentagem de respostas que relacionam velhice com "estado de espírito".

Nota-se também, que os entrevistados relacionam a idade cronológica com as idades classificadas como início da velhice, a partir de faixas etárias estabelecidas pela Previdência Social e Estatuto de Idoso, critérios estes, muitas vezes, impostos por órgãos públicos.

> *(Pausa) Eu considero, assim, acima de sessenta anos (pausa) porque essas pessoas, assim, que eu falo, muitas são carentes, né ... que começa é ... tem aparência, mas ... mas, é mais pela carência deles, né ... [...] E 13*
>
> *Ai, eu acho assim, a partir dos sessenta anos, porque a gente vê assim, gente de sessenta anos passeando, fazendo trabalhinhos, né [...] E6*
>
> *(Pausa) Ah, acho que vai de pessoa para pessoa, mas ... eu sou muito taxativo pelo lado epidemiológico e considero acima de sessenta anos, uma idade limítrofe ... E 08*

Quando foi perguntado aos entrevistados o que achavam da opinião das outras pessoas sobre a velhice, ficou claro que a maioria deles acredita que as outras pessoas têm uma visão negativa, preconceituosa sobre a velhice. Acreditam também, que "os outros" vêem a velhice como uma fase de dificuldades, decadência, solidão, abandono e doenças.

> *Eu acho assim, que tem dificuldade por causa da idade, né. Então você vê as pessoas falando assim ... aquela pessoa tá ... mas aquela pessoa tá com problema, com dificuldade de andar, com dificuldade de lembrar de certas coisas, ah ... é por causa da idade. Tudo coloca culpa na idade. E 04*
>
> *[...] eu acho que muitas pessoas vêem a velhice como uma fase de decadência, de muito sonho, de abandono, de solidão, né (...) E 07*
>
> *[...] Tem gente que ... a maioria das pessoas pensa mais nas dificuldades, né, quando relatam, né, sobre velhice, a maioria falam mais nas dificuldades, da solidão, da ausência dos filhos ... a maioria, eu acho que é isso. E 09*

Estudo elaborado por Araújo, Coutinho e Santos (2006), sobre as representações sociais de velhice entre idosos de um grupo de convivência e os de uma Instituição de Longa Permanência em João Pessoa – PB - mostra o papel das Instituições de Longa Permanência na sociedade, oferecendo um espaço "acolhedor" aos idosos "marginalizados". Também os autores destacam que persiste, ainda, a idéia de que o idoso é uma sobrecarga para a família. O espaço físico limitado das habitações, as dificuldades de cuidados e dedicação permanente aos idosos e a inserção da mulher no mercado de trabalho, que não permite executar o papel tradicionalmente atribuído pela sociedade (de cuidado das crianças e dos idosos) motivando os familiares a colocarem os idosos em instituições de longa permanência, excluindo-os do convívio familiar e social.

Souza, Skubs e Brêtas (2007), no estudo que objetivou compreender o processo de envelhecimento no âmbito familiar, tomando como parâmetro a intergeracionalidade, mostram que a família assume grande importância no cuidado com o idoso, aumentando esta importância com o aumento acelerado da população senil. Assim, faz-se necessário o entendimento de como a família está conseguindo ou não responder às necessidades desta população.

> *(Pausa) Ser velho ... (pausa) eu acho, que é assim, muito dificultoso, porque as pessoas, hoje precisam todas trabalhar, né, e é muito difícil você ter é ... pessoas da família para cuidar do idoso, e aí se você vai arrumar uma empregada para cuidar, ah ... é para cuidar do idoso, então, todo mundo quer cobrar uma fortuna. Ninguém quer, por exemplo, cuidar de um idoso, por duzentos reais, quer de mil pra lá, né.[...]. Então, eu acho que deveria ter, por exemplo, uma creche para o idoso, igual a creche para criança. A família leva cedo e busca de tarde, né, porque para pagar, tem gente que não tem condições, né, principalmente, o idoso que ganha um salário mínimo, né. E11*
>
> *[...] eu não sei se é porque todo mundo trabalha, né, marido, mulher, todo mundo trabalha, os filhos trabalham, todo mundo está trabalhando, né, então não é mais assim ... Antigamente ficava a mulher em casa, a avó, o avô, todo mundo morando junto e todo mundo cuidava deles, né, então tinha espaço. Agora não tem, na vida moderna não tem espaço para o velho. E 06*

Nota-se na fala do entrevistado E 06 que, para ele, as "outras pessoas" entendem que o "velho dá trabalho", porém, em um outro momento da entrevista, este mesmo profissional fala que não há espaço para o "velho" na vida moderna, pois todos os membros de uma família têm que trabalhar. No momento em que este profissional afirmava que as "outras pessoas" vêem o idoso como sobrecarga para a família, será que

ele não estava falando, também, do que ele pensa sobre o idoso, mostrando sua concepção de velhice como sendo algo negativo, sobrecarga para a família?

Jovchelovitch (1998, p. 70) explica a teoria do Outro Generalizado, de Mead (1934). "O Outro generalizado é que dá ao sujeito sua possível unidade enquanto Eu, e não há possibilidade de um desenvolvimento do Eu sem a internalização de Outros."

Diante das falas citadas, pode-se observar o quanto o Estatuto do Idoso está sendo violado pela sociedade atual, cuja busca pelo "TER" é maior do que pelo "SER". Assim, segundo nossos entrevistados, não há lugar para o idoso, ninguém tem tempo ou interesse no cuidado do idoso, deixando-o marginalizado.

> *"É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária" (ESTATUTO DO IDOSO, TÍTULO I, ART. 3).*

Outra imagem que a população, em geral, tem sobre a velhice, segundo os entrevistados, está relacionada com a produção do indivíduo, ou seja, se é uma pessoa que está na ativa.

> *Eu acho que tem muita gente que olha, que entende por velhice, mesmo, a pessoa que está idosa, né, ... mas, também, acho que as pessoas olham isso como uma pessoa, a pessoa idosa que dá trabalho, né. Porque a pessoa idosa que é ativa, né, que se vira, que trabalha, né, essa não ... não dá impressão de velhice, né. Então, entendo, também, que as outras pessoas olham dessa maneira. E 15*

> *[...] aí não tem o apoio da família, ou o familiar não cuida direito, às vezes, do idoso, não alimenta direito, não veste direito, né, acha que ... o idoso ainda pode estar trabalhando como trabalhava há 30, 40 anos, lá atrás, e isso não é verdade, né, dependendo da pessoa [...] E 17*

Para Minayo e Coimbra Junior (2002), a visão de desvalorização dos mais "velhos", ocorreu nos tempos modernos, na sociedade capitalista industrial, alimentada pela ideologia "produtivista", para a qual o trabalho significa tudo na vida de uma pessoa, ou seja, se ela não é mais capaz de trabalhar ou produzir, de nada vale para sua comunidade ou país.

Segundo Paschoal (2007 p. 612), "os idosos têm como parâmetro de saúde uma vida independente, sobre a qual possuam controle, sem a necessidade de serem cuidados". Porém, com o avançar da idade ocorrem perdas da autonomia e independência, o que

acarretará maiores dificuldades para eles, sua família e sociedade. Assim sendo, na velhice, uma vida saudável está associada às condições de autonomia e independência. O autor define os termos como: "autonomia – capacidade de decisão, comando; independência – capacidade de realizar algo com seus próprios meios".

Nota-se que os profissionais entrevistados relacionam os termos "autonomia" e "independência" ao processo de envelhecimento, conseguem diferenciá-los, ou seja, para eles um idoso pode ser autônomo, mas dependente.

> *[...] e hoje assim, olhar um pouco para geriatria, comecei a entender um pouco melhor duas coisas que, aí, são características que a gente sempre vê ... autonomia e independência, o que é isso no decorrer da vida, né [...]. E 05*

> *[...] Eu estava lendo um artigo uma vez, que eu tive vários exemplos, mas eu nunca tinha prestado tanta atenção, né, que falava da autonomia e da dependência [...] e é um desastre, né, olhar para esses dois conceitos e olhar para, para o idoso, né, e olhar assim, quando eles têm autonomia, quando eles têm independência [...]. E 14*

b) Semelhança entre conceitos de velhice e juventude

Alguns profissionais relataram que, ao serem convidados a relacionar dez palavras que associavam a velhice e a juventude, observaram uma semelhança entre estas duas fases, o que nunca haviam percebido antes.

> *[...] é preocupação ... é, juventude (pausa e começa a rir) eu acho que tá quase igual, viu (sorrindo). Você sabe que eu não tinha pensado nisso, né (sorrindo). Você ... olha, você me pegou ... viu. É, por exemplo, é dificuldade, é estresse, é preocupação, é, que mais ... (sorrindo). E 11*

> *[...] mas aí, falando da juventude, eu vi que tinha coisas que eram bem parecidas, que eu poderia colocar, né, na hora das dez palavra da velhice. E 13*

Segundo Almeida e Cunha (2003), as representações da fase de velhice se assemelham às do mundo infantil, como sendo pueril e lúdico, tanto o idoso quanto a criança necessitam do apoio do adulto. Assim, a "dependência" torna-se um elemento comum nas representações do desenvolvimento das duas fases da vida (infância e velhice). Na vida adulta a pessoa assume o lugar de responsabilidade do trabalho, da constituição de uma família e da proteção da infância e velhice.

No cotidiano, podemos observar, enquanto pesquisadora e profissional da saúde, os comportamentos dos profissionais no cuidado ao idoso como se fosse com uma criança,

chamando-os de "vovozinho", "queridinho" e outras diversas palavras com terminação "inho", dando a idéia de diminutivo, reduzindo a pessoa, devido sua dependência no cuidado.

Tal comportamento, de infantilizar o idoso, também foi observado por um dos entrevistados, sendo avaliado de forma negativa.

> *[...] de ver como as pessoas são tratadas como um ... as pessoas não tem nome, é o vovozinho, é o bonitinho, é tudo inho, não gostei do que eu vi [...]. E 12*

Porém, outros profissionais, deste estudo, ao verbalizarem algumas dificuldades no cuidado ao idoso, acabam por fazer o que apontam no comportamento dos "outros" e comparam o cuidado deste com o da criança.

> *[...] mas você precisa aprender que para grupos de pacientes idosos, você não pode abrir mão de ser lúdico, ele tem que ser prazeroso, mas você aprende, também, a fazer uma educação em saúde para o idoso, que não é criança, que tem que ter motivação para aquela idade. O que você vai levar, isso tudo tem que ser um aprendizado constante. E 05*

> *(Pausa) No atendimento ... (pausa) A gente não acaba tendo muito preparo para lidar com ele, né, porque o idoso ele acaba voltando a ser uma criança. E a criança, você tem estrutura pra atender, e o idoso, não. E 16*

Isso não passa despercebido pelos pacientes e muitos se queixam desse tipo de tratamento, respondendo ao profissional que não é seu avô, não é seu parente, que não é criança deixando-os, muitas vezes, irritados, desmotivados e inferiorizados.

Supostamente, esta dificuldade encontrada pelos entrevistados deve-se ao fato de que somos preparados para ensinar crianças, motivá-las, pois a idéia de educar está vinculada à imagem de criança, de jovens e não de idosos. Sempre fomos preparados para a educação infantil, porém estamos vivendo em um país em que as pessoas estão envelhecendo, necessitando de preparo para educação senil. Deste modo, estão surgindo as "universidades da terceira idade", com pessoas preparadas para a educação de idosos.

Para Silva (2008, p. 162 – 163), o destaque dado às necessidades psicológicas e culturais, estimula o surgimento das universidades e outros espaços de convivência para a terceira idade, com especialistas contribuindo para a consolidação de um novo estilo de vida, baseado em "repertórios de condutas e em uma linguagem inédita que influíram na formação da nova identidade etária".

Infelizmente, porém, esse preparo para a educação senil, ainda não chegou à formação que recebem os profissionais de saúde, que serão encarregados de atender a população idosa.

c) A nova identidade da velhice

Durante a análise dos dados, observa-se, também, que há, entre os entrevistados, uma perspectiva de mudanças neste conceito negativo, surgindo novas concepções sobre velhice.

> *[...] Então, a gente vê que hoje em dia, o envelhecer é de um jeito diferente, e os conceitos, eu acho, tão mudando muito para a população em geral, acho que não é só entre é ... entre os médicos, que o conceito tem mudado, acho que para a população em geral, também, porque a gente está convivendo mais com idosos mais saudáveis, né. E acho que o envelhecimento da população está trazendo uma série de questões e está, inclusive, trazendo é, um jeito diferente de se ver o envelhecimento [...] E 03*

Segundo Dourado e Leibing (2002, p. 02), a compreensão da velhice na sociedade atual traduz-se no reconhecimento da dimensão histórica, de forma que houve a modificação da representação social da pessoa envelhecida no decorrer dos anos, devido à necessidade de mudanças nas políticas sociais, pela criação de classificação de categorias adaptadas às novas condições e ao ser idoso. Assim, ao ser transformado o envelhecimento em "problema social", há também, novas definições sobre velhice, como "terceira idade". É através da "terceira idade" que surge uma nova imagem para o envelhecimento. Ou seja, cria-se uma oportunidade para um novo processo de envelhecimento, através de "estereótipos de longa data". Tal enfoque permite atribuir ao novo conceito "momentos privilegiados para novas conquistas" e busca de realização pessoal, chegando a velhice a ser considerada "melhor idade".

Para Minayo e Coimbra Junior (2002), o reconhecimento da identidade positiva do idoso, significa olhar para a velhice como uma faca de dois gumes, ou seja, reconhecer o que há de bom, agradável, importante nessa etapa da vida e desfrutá-lo e, por outro lado, compreender os fatores negativos desse grupo social - os sofrimentos, as doenças, as perdas e limitações, as cargas pessoais, familiares e sociais -, embora nunca associando os fatores negativos a sinônimos de velhice.

> *[...] antes de você ter contato com a pessoa mais velha, as pessoas logo pensam, né, é mais velho que eu, então tem outra cabeça, diferente da*

> *minha, né, eu sou mais moderninha ... isso, também, é uma questão do ponto de vista, porque conforme você vai mudando a sua faixa etária ... a questão de perspectiva que, para mim, antigamente, vinte anos era velho, hoje, para mim, quarenta ... é jovem, cinqüenta é jovem. E 18*

Em um dos Núcleos de Saúde da Família, que possui um grande número de sua população adscrita como sendo idosa (21.38%), os profissionais entrevistados acham que as "outras pessoas" entendem por velhice algo negativo, preconceituoso, acreditam que "os outros" acham a velhice como uma época de dificuldades.

> *Acho que a velhice, para grande parte das pessoas, é um estágio que ninguém quer chegar. Acho que ninguém tá livre de passar por ele, né, e, muitos ainda, é ... ignoram as pessoas idosas, né, por seus limites, suas dependências, ainda existe ... um certo preconceito ao idoso, ainda existe. E 02*

> *Ah, então, a gente vê, hoje em dia, que ainda tem muito preconceito, né, o velho é o imprestável, é o inútil, é o doente, é o que ... não sabe de nada, né [...]. E 03*

> *Encosto (sorri e eleva as sobrancelhas). E 01*

> *[...] vêem a velhice como uma coisa ruim, como aspectos negativos, né, a pessoa ficou velha, não serve para mais nada, não produz mais, não ... muitos não respeitam, né [...]. E 14*

> *[...] muitas vezes, tá muito mais relacionado com o valor pejorativo, né. É ... de uma pessoa retrógrada, né, que tem pensamentos antigos, também. E 19*

Por outro lado, os mesmos entrevistados, diante de conceitos negativos, demonstram suas concepções de forma diferenciada, pois todos apresentam a visão do idoso com características positivas, como sendo uma fase da vida em que se tem experiência e sabedoria.

> *(Pausa) Ah ... eu acho que velho é tanta coisa, né. Eu acho que o velho pode ser ... pode ser bom, eu acho ... o velho pode ser lembrança, o velho pode ser saudade, eu acho que ... o velho pode ser ... ainda muita vida pela frente, né, eu acho que ... é ... difícil isso. Não me remete a uma palavra específica, mas eu acho*
> *que ... é ... o velho é a possibilidade do novo, né. Eu acho, que .. que, é assim, que eu enxergo, que o velho pode ser o novo, né, de acordo, do jeito como ele é cuidado, ele é tratado, ele é incentivado, né, eu penso assim. E 03*

> *(Pausa, eleva as sobrancelhas) Sábio. E 01*

> *[...] Acho que uma pessoa que, que acumulou experiências diversas aí, da vida, que tem o acúmulo de experiências, né. Acho que eu vejo mais para o lado positivo, né, da coisa, da valorização,*
> *né.[...]. Assim, várias características, aí, deles, né, que a gente deve respeitá-los, né. E 14*

> *(Pausa) O velho é ... (sorri e eleva as sobrancelhas) sábio. E 02*

> *(Pausas) O velho é ... (pausas) o velho ... puxa ... tanta coisa, né ... poderia... significar ... Mas eu, eu acho que vou botar algo bastante otimista, né. Eu acho que o velho é ... experiente, né, tem sabedoria, né, então ... E 19*

Protti (2002), em seu estudo realizado nos Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto (CSE – FMRP/USP), observou que as enfermeiras de dois Núcleos, onde havia um maior percentual de idosos acima de sessenta anos (17,26% e 19,44%), perceberam que a atenção à saúde do idoso necessitava ser melhor compreendida, do ponto de vista prático e teórico, sendo preenchida esta lacuna, através da supervisão de um especialista da área (geriatra).

Uma outra concepção que surge da velhice, entre alguns profissionais entrevistados, é a de que esta fase depende de como é planejada, ou seja, como cada pessoa se prepara, durante toda a vida, para o processo de envelhecimento.

> *O velho é o que ele quiser (sorri). Ele pode ser ativo, ele pode ser ..., ter uma qualidade de vida para a idade dele, né. Eu prefiro dizer: viva bem com a idade que você tem ... Eu acho que, hoje a gente precisa investir mais em formar uma velhice de qualidade. É possível, mas ela vai dar tanto trabalho quanto a vida produtiva. E as pessoas precisam fazer o plano da velhice, agora. Não dá para esperar envelhecer. Ele tem que ser gestado antes, do mesmo jeito de quando a gente era adolescente [...] E 05*

Dourado e Leibing (2002, p. 05) colocam que a imagem da velhice nos causa estranheza quando nos colocamos no lugar desta imagem. Porém, a velhice surge como um cenário que é produzido nesta fase da vida. Assim sendo, os autores acreditam que "o velho que seremos nos habita desde sempre, silenciosamente, ou seja, o que somos hoje, não difere do velho que seremos amanhã".

> *(Pausa, eleva as sobrancelhas e sorrindo diz) Eu vou ser uma velha chata e cri-cri ... (pausa) e cheia de dor, pra tudo quanto é lado, que eu já tou ficando ... E01*

Este olhar do entrevistado E 01 diverge da sua fala de que "o velho é sábio". Assim, podemos observar dois discursos: o velho sendo uma pessoa sábia, discurso proferido entre os profissionais que atuam numa mesma unidade de saúde, e o velho é "chato", "cri-cri" e "cheio de dor", sendo sua concepção de velho ao falar de si.

Na teoria de Outro Generalizado, Jovchelovitch (1998, p. 70) dá ênfase nas "relações entre sujeito-outros sujeitos-sociedade para dar conta dos possíveis significados tanto da vida individual como da vida pública. Porque quem sou Eu se não o Eu que Outros apresentam a mim?"

Néri (1991, p. 133) concluiu que "lidar com atitudes e significados frente a velho e velhice é uma questão educacional", isto não quer dizer que se deve ensinar a população a envelhecer ou ensinar a se preparar para a velhice ou com o preconceito do processo do envelhecimento. Para a autora, o importante seria "ensinar as pessoas a construírem uma realidade social e individual em que essas questões tenham chances mínimas de existência".

Para Gavião (2000, p. 175), o envelhecer é uma experiência individual, pois "cada pessoa direciona sua vida conforme a interação entre os fatores genéticos, ambientais, sócio-econômico-culturais e de saúde aos quais está submetida".

Não foram observadas nas falas dos profissionais entrevistados atitudes preconceituosas, como "o idoso está com tal dificuldade" porque "ele quer" ou "ele tem o que merece". Há a concepção de que a velhice é um conjunto bio-psico-social-espiritual, e que muitas pessoas não se planejaram para esta fase da vida.

> *(Pausa) Hum ... (pausa) acho que o velho é um conjunto [...] Acho que a velhice é um conjunto de ... processos biológicos, processos cognitivos, comportamentais, é ... acho que não é uma coisa única, não. E 17*

> *[...] eu vejo um segmento de idosos abandoados, porque eles não ... também não tinham assim, previsão da velhice, aumentou a expectativa de vida, pegou muita gente de calça curta (sorrindo).*
> *Tanto do lado do idoso em si, do jeito que ele si percebe na sociedade, como das famílias, né [...]. E 05*

No Brasil, a expectativa de vida das pessoas era baixa até a década de 50 (de 43,2 anos), posteriormente, esta expectativa vem aumentando a cada ano, tendo projeções para o ano de 2025, de 72.1 anos (PASCHOAL, FRANCO e SALLES, 2007). Por outro lado, embora as pessoas sempre esperavam e esperam viver mais (ninguém quer morrer aos 43 anos) muitos não se prepararam, durante o processo de envelhecimento, para lidar com as

perdas, limitações e mudanças presentes na velhice, o que é apontado na fala de um dos entrevistados como "pegou muita gente de calça curta". E como os adultos de hoje sentirão a velhice amanhã?

d) O medo da velhice

Outro ponto que se destaca entre os resultados que obtivemos foi o medo, manifestado por alguns profissionais entrevistados, em relação ao seu próprio processo de envelhecimento.

> *Hum! (sorri) Esse é o meu medo, porque assim, eu não sou muito cuidadosa [...] como eu sou solteira, eu fico preocupada, né, o que é que eu vou fazer quando a minha ... autonomia diminuir [...] E 18*

> *[...] Ah ... (sorrindo) espero não ficar velha, velha, velha, com muitas dificuldades. Eu quero ser uma velha em condições de estar no mercado de trabalho [...] mas se amanhã eu tiver um problema de saúde que me faz me comportar como um velho, que nem ... acamado, as vezes ... eu não quero chegar nesta fase não. (sorri) E09*

> *Ah, eu gostaria de continuar mantendo minhas atividades não tendo dor ... (sorri), não sendo ranzinza ... então ... entendeu? (sorrindo). E 06*

As falas acima citadas mostram uma concepção negativa da velhice, por parte dos entrevistados, no momento em que verbalizam o medo da velhice, pois associam esta fase a "autonomia diminuída", "muitas dificuldades", a ser "velha, velha, velha", a "dor" e a ser "ranzinza". Nessas falas observamos sorrisos, interrupções nas frases, sendo demonstrada uma maior dificuldade no momento em que estão falando de si. Por outro lado, quando falam do que as "outras pessoas" entendem por velhice, pode-se observar um discurso mais elaborado.

> *Que eu acho que as outras pessoas entendem? Que o velho dá trabalho, que não tem lugar para ele na sociedade [...]. E06*

> *[...] a maioria das pessoas pensa mais nas dificuldades, né, quando relatam, né, sobre a velhice. A maioria, fala mais nas dificuldades, da solidão, da ausência dos filhos ... E 09*

> *[...] todo mundo pensa ... que requer mais cuidado, né, que tem limitações ... físicas, mesmo, orgânicas e outras ... e outras pessoas pensam, as vezes, muito, ah ... não sei ... acho que ... (pausa) tá fora do tempo, sabe, não tá no meu tempo, é velho é outro tempo [...] E 18*

Estas falas também demonstram uma visão negativa do idoso e da velhice, por parte das "outras pessoas". Porém, será que no momento em que estavam falando das "outras pessoas", não estavam, também, revelando suas próprias concepções?

Para Dourado e Leibing (2002, p. 05), há uma representação da velhice que traz medo e ansiedade demonstrada pelos sentimentos de "negação e repressão do envelhecer", pois em nossa cultura o "velho" é visto de forma negativa.

> *[...] de tanto a gente fazer visitas para os idosos, então você vai se colocando no lugar, né, dos idosos ... Nossa, meu Deus! Será que vou ficar assim? Ah! Mas eu não quero ficar assim ... eu acho que eu vou querer ser uma velhinha boazinha ... sempre de bem com a vida [...]. E 11*

> *[...] queria ser igual meu pai ... queria ser ... (pausa) bem humorado, queria ser ... (pausa) feliz com o pouco que tem, é ... (pausa) queria contar minhas histórias, meus causos ... como ele fala ... (pausa) e sem medo de ... atender ou não, de parar de ir para o Núcleo ou não [...]. E 12*

Observa-se nas falas o quanto as pessoas entrevistadas se projetam durante seus atendimentos, vendo na imagem do outro o que não gostariam, ou o que gostariam que acontecesse consigo, ou seja, o medo da perda da autonomia, o medo da baixa auto-estima e da dependência, o medo da perda de emprego ou até mesmo da solidão.

No ocidente, segundo Maffioletti (2005, p. 04), a literatura e as artes antigas trazem-nos "uma velhice estigmatizada, representada pela decadência e solidão".

Portanto, junto com a empatia para com os idosos, verbalizada durante as entrevistas, fica evidente também o medo das perdas, limitações e outras vezes um despreparo para o processo de envelhecimento, demonstrando a tendência das emoções que sentiriam, se estivessem na situação vivida pelo idoso.

Para Baldessin (2007, p. 874), o medo não deve ser compreendido através de respostas prontas, já que elas podem ser inúteis, pois, quando se supera o que se temia, as teorias ou conceitos que se tinham, até então, desaparecem. "Quando o futuro é incerto, a própria incerteza pode ser uma cruz que pesa sobre os nossos ombros. O medo precisa ser enfrentado antes de poder ser banido."

Assim, diante de tantas observações e percepções, pode-se perguntar (sem, no entanto, chegar a uma resposta objetiva) quanto os atendimentos aos idosos, podem estar sendo influenciados por essas concepções negativas sobre a velhice e sobre o processo de envelhecimento.

e) O conceito de ser idoso, no Brasil, hoje

Apresenta-se nítido o conceito negativo que os entrevistados têm do que é ser idoso hoje no Brasil, no momento em que são questionados sobre "O que significa para você ser velho no Brasil, hoje?" Todos os entrevistados relataram algo de negativo como o suposto despreparo da sociedade e dos profissionais de saúde para lidar com o envelhecimento, bem como a "falta" de políticas públicas para esse processo.

> *Ser velho no Brasil hoje, é lutar pelos direitos que não se tem... (pausa). E 02*

> *(Pausa) É, não é muito fácil, não, ser velho no Brasil [...] eu acho que o país não está preparado para envelhecer, o país não foi preparado para envelhecer. O sistema de saúde, eu tenho minhas dúvidas, se está preparado para envelhecimento da população, né, então assim, a gente não tem, desde, coisas básicas, por exemplo, você ter uma subida facilitada num ônibus para uma pessoa idosa, né, até você contar com casas de repousos, por exemplo [...]. E 03*

> *Um crime, né. Um crime. Eu acho que tem grande maioria da velhice desassistida, eu vejo um segmento de idosos abandonados [...]. Ah, se na minha época de criança eu convivi com a mãe, com a minha avó, com as minhas tias-avós, isso hoje é menos, cada vez menos, famílias já não tem tanto esse convívio, já, não aprende, né, então a criança, não aprende com o pai a cuidar do avô e aí ele não vai querer cuidar do pai. Não vai fazer parte da vida dele que o avô é cuidado pelo pai e que ele vai cuidar do pai, né. [...]. E 05*

> *Ser velho, no Brasil, hoje, (pausa) significa muita dificuldade, dificuldade, ah ... (pausa) uma seguridade precária, ah, (pausa, sorrindo) transporte precário, acesso precário, é, discriminação, desrespeito, (pausa) até pelo próprio sistema de saúde ... E 08*

Em um estudo feito por Teixeira, Schulze e Camargo (2002), na cidade de Florianópolis, com idosos (doentes e saudáveis), envolvendo profissionais da área da saúde e cuidadores de idosos, os autores concluíram que as necessidades de saúde dos idosos não estão reduzidas, meramente, à presença da doença, mas com o conjunto bio-psico-socio-econômico-cultural e político do idoso. Porém não é este olhar que está presente hoje, em nosso país.

No Brasil, diferentemente do que aconteceu nos países desenvolvidos, o aumento da expectativa de vida não resultou em uma melhor qualidade de vida, sendo que hoje, muitos indivíduos vivem mais tempo, sem o mínimo de condições socioeconômicas ou sanitárias.

Além disso, para Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002), o processo de envelhecimento pode acentuar a desigualdade, apresentada entre os diferentes estratos da população, em termos de bem-estar e qualidade de vida.

Outro fator importante a ser observado no processo de envelhecimento e que aparece nas falas dos entrevistados, é a rede de suporte social na velhice, necessitando ser melhor desenvolvida tanto em termos de família (que deve repensar e reorganizar-se para o convívio do idoso em seu meio) quanto em sociedade, em especial, nas políticas públicas que necessitam se readaptar e se integrar à nova realidade brasileira.

> *Nossa! No Brasil, hoje, heim ... apesar da expectativa de vida ser, né, ter aumentado bastante, nossa população estar envelhecendo, eu ainda acho que, o idoso é ... não é mal-tratado, né, mas ... não existe, ainda, políticas públicas, para ele, né. [...]. E 15*

> *(Pausa) Ah ... sofrem tanto (sorri com tom de dó) [...] Eu acho ... que sofrem, as pessoas, sabe, não tem respeito por eles, as vezes, eu acho ... (pausa) [...] Muitos são abandonados, né, pela família, as negligências, que são acometidas com eles, (pausa) né, as doenças que vem ... que trabalham a vida toda, depois ... tem aquela, toda dificuldade, tem velhinho aí, aposentado, que ganha aposentadoria e gasta com medicação. Acho que isso é todo um sofrimento, né. Teve a vida toda, quando chega nesta época da vida, da velhice, que deveria ser mais tranqüila, calma ... é uma turbulência ... E 22*

Para Dourado e Leibing (2002), no Brasil, quase nada foi feito exclusivamente voltado à velhice, de modo que o idoso passou a existir, somente recentemente, por se tornar perceptível na atual "catástrofe demográfica".

Devido a esta percepção da velhice, o assunto passou a ser foco de discussão e reportagens na mídia, sendo apresentadas, diariamente, matérias sobre o assunto, explorando desde temas negativos como violência contra idosos, até os positivos, como o novo conceito da "terceira idade", os prazeres dessa fase da vida.

Souza, Minayo, Ximenes e Deslandes (2002, p. 191) desenvolveram um trabalho com o objetivo de observar o olhar da imprensa e, sob essa ótica, a concepção da sociedade sobre o idoso. A primeira questão analisada foi a imagem do idoso "como pobre e com problemas sociais".

Idosos considerados "problemas" são os que necessitam usufruir dos serviços públicos de saúde, da aposentadoria do INSS, dos serviços de assistência social pública, entre outros serviços públicos. Por outro lado, os idosos de classe social alta não são alvos

de preocupação da rede pública, pois resolvem, de forma privada, suas necessidades assistenciais, sendo reconhecidos pelo poder e lugar social distinto que ocupam, e não como grupo etário.

Segundo Néri (1991, p. 32), ao se perguntar "O que significa ser velho no Brasil?" há muitas relações entre as opiniões a analisar. Se o discurso for analisado no âmbito sociológico, apóia-se na situação de marginalidade em que o sistema econômico coloca os idosos como não produtivos; se apoiado no discurso antropológico, pode-se refletir sobre os efeitos da urbanização e da industrialização sobre o idoso, sendo lembrado que nas sociedades primitivas as pessoas mais velhas eram valorizadas.

Entre os profissionais entrevistados, constata-se a idéia de que a maioria dos idosos vivem em uma situação de marginalidade, de exclusão, de abandono, sendo considerado que uma pequena parcela dos idosos podem ser engajados socialmente devido ao estilo de vida anterior, ou à sua produtividade ou, ainda, porque participam de algum grupo da terceira idade.

> *Ai, eu acho que é um dó , sabe, é um desrespeito muito grande, acho que significa muita humilhação, muito desrespeito [...] muita dificuldade de sociabilidade [...] .E 12*

> *[...] a maioria com dificuldades financeiras é ... as vezes, com dificuldades de locomoção, é ... (pausa) ainda dificuldades no atendimento, em priorizar o atendimento [...] eu acho que tem coisas boas, também, no Brasil, hoje. A gente vê muitos movimentos, a terceira idade [...] a gente vê que traz um benefício grande para essas pessoas [...]. E09*

f) Visão holística da velhice

Observa-se nas falas a seguir a complexidade da concepção de velhice, revelando que os profissionais olham as múltiplas necessidades do cuidado com o idoso, ou seja, têm um olhar sobre a história de vida da pessoa.

> *[...] ele é uma pessoa muito sofrida, sofrida em termos de vida, e vida inteira, até porque, o tipo de trabalho que ele exerceu, a dificuldade de vida que ele teve, né, o próprio envelhecimento, que chegou num momento, que ele não conseguiu se adaptar, o acesso a serviços, que poderia melhorar a vida dele, o dia-a-dia dele, tanto no lazer, como no transporte, quanto na saúde, mesmo, né, tudo isso é uma dificuldade enorme para essa pessoa idosa [...]. E17*

> *[...] acho que a maioria das pessoas pensa a velhice como uma fase bem longe, bem distante... Há dois pólos, que eu acho que ... tanto a velhice*

> *como a coisa da sabedoria, da maturidade, da serenidade, como a velhice como incapacidade de ... de exacerbar as características como se é rabugento vai ficar mais rabugento, se tem dificuldade de lidar com a própria vida, vai exacerbar essa dificuldade ... então, são dois pólos e eu prefiro acreditar que esses dois pólos estão dentro da gente e que nós precisamos alimentar o mais positivo [...]. E 05*

Novaes e Gandolfo (2002), em um estudo realizado com alunos de enfermagem, em uma disciplina de conteúdo geronto/geriátrico, concluíram que após o término da disciplina emergiram concepções (elaboradas pelos alunos sobre velhice), de que esta fase da vida está associada à idéia de adaptação, ou seja, a forma como o indivíduo supera suas dificuldades encontradas no processo de envelhecimento.

Dessa forma, acreditam que se as pessoas souberem adaptar-se às transformações ocorridas no processo de envelhecimento, sejam elas psíquicas, físicas, ou socioeconômicas, tornarão a velhice uma realidade não tão difícil como a apresentada nos dias atuais.

Esse olhar sobre as múltiplas necessidades do cuidado com o idoso aponta que o cuidar deve estar relacionado com as dimensões física, emocional, social e espiritual do ser humano. Tal evidência aponta, por sua vez, a necessidade do conhecimento e de habilidades específicas, devido ao fato de que o cuidado ocorre em cenários diferenciados, além de que deve ser valorizada a importância de gostar de realizar este cuidado.

g) Dificuldades dos profissionais no cuidado com o idoso

Quando os participantes foram questionados sobre quais as principais dificuldades encontradas no atendimento ao idoso, dois temas muito importantes foram levantados.

Com relação ao idoso, os profissionais queixaram-se da ausência da estrutura social, ou seja, dos idosos comparecerem ao serviço de saúde sem acompanhantes ou de ausência de estrutura familiar ou rede de apoio, dificultando o atendimento e o acompanhamento de estado de saúde dessas pessoas, não podendo ser oferecida uma melhor qualidade de vida a esse segmento da população.

> *[...] A negligência, para mim, é uma dificuldade, ver uma negligência com um idoso dependente, por exemplo, para mim, é, dolorido [...]. E 03*

> *Olha, as dificuldade, é ... a gente tem idosos, por exemplo, que não poderiam estar sozinho e eles estão ... de está orientando a medicação. Eles tem dificuldade de enxergar, de ler, até de entendimento ... né, de determinadas medicações que tomam, né. Tem uns que já são mais*

> *intelectual, conseguem mais ... tem mais entendimento de tudo ... mas a maioria não. E 06*

> *[...] eu vejo muita dificuldade, por exemplo, quando o idoso não tem uma estrutura social boa, quando ele tem uma família que não é muito presente ou ele é muito sozinho, então, geralmente, eu vejo que essas pessoas, às vezes, tem uma tendência maior para depressão [...] E 07*

> *Principais dificuldades? (pausa e suspira fundo) Bom, é, as dificuldades atuais, são relacionadas à abordagem sistêmica da família que, né, dificilmente ... eu acredito que todos os médicos, não ... só o médico de família tem, né, uma dificuldade de abordagem sistêmica da família como um todo [...]. E 08*

Segundo Battini, Maciel e Finato (2006, p. 03), é natural para o ser humano ser agregário, ou seja, há uma relação de interdependência nos relacionamentos. Devido a essa relação, cita um estudo de Freire (2000) que algumas variáveis aumentam a chance de adaptação no processo de envelhecimento. Dentre estas variáveis, pode-se encontrar a rede de apoio, pois se o indivíduo perde o contato com outras pessoas, o fato pode significar "reclusão e perda de interesse pela vida", antecipando, assim, o processo de envelhecimento.

Portanto, a rede de suporte social é fundamental, de acordo com Araújo, Coutinho e Carvalho (2005), em termos de assistência às necessidades de um indivíduo, porém, deve ser bem elaborada e desenvolvida pela família para ser eficaz em sua atuação.

De acordo com Silvestre e Costa Neto (2003), são atribuições comuns da equipe de Saúde da Família, voltadas à pessoa idosa: a) identificar os problemas de saúde e de risco a que o idoso está exposto, elaborando um plano para o enfrentamento do problema; b) as relações interpessoais devem ser valorizadas com o idoso e sua família para criar vínculo, confiança, afeto e respeito, dentre outras atribuições.

Porém, pode ser observado, nas falas dos entrevistados, que o sentimento de indignação dos profissionais, com relação ao cuidado do idoso, dificulta o atendimento, o que permite inferir que os profissionais necessitam de um suporte teórico/prático (treinamento) para trabalhar suas dificuldades, contribuindo para uma melhor assistência ao idoso e menor sofrimento ao profissional.

A segunda dificuldade levantada relaciona-se com a falta de preparo e/ou treinamento do profissional de saúde, para o cuidado com o idoso. Alguns profissionais queixaram-se do tempo de atendimento ser pequeno (em média de vinte a trinta minutos), pois, em geral, os idosos possuem múltiplas patologias e faz uso de diversas medicações

associadas. Além disso, segundo os entrevistados, os idosos seriam saudosistas, teimosos, necessitando muita paciência por parte dos profissionais. Outros entrevistados relataram que têm dificuldade de compreender os limites do envelhecimento (o que é normal/fisiológico do que é patológico).

> *[...] Segunda coisa, minha dificuldade é na prescrição de medicamentos, onde a gente tem, sempre, uma maior cautela por conta das alterações orgânicas, inerentes ao idoso. E, também, (suspira fundo) a dificuldade de sempre estar tendo uma maior atenção ao idoso, o idoso é uma pessoa, que sem dúvida, traz múltiplos ... problemas, queixas, são pessoas que querem ter maior atenção, conversam bastante com a gente, né, e ... pelo nosso tempo de consulta é muito pouco, é isso. E 08*

> *(Pausa) Hum ... eu acho que uma das principais é o tempo que demanda para fazer um atendimento adequado para o idoso, né. [...] é que tem hora que você senta lá e explica e ele não entende, aí você tem que mostrar, aí ele não enxerga a receita, aí você tem que ir mostrando onde tá, né, aí, você pergunta se tá tudo bem, né, querendo saber se tá, realmente, tudo bem, né, aí ele vai te contar que tá muito triste, porque a filha ...[...]. E 14*

> *(Pausa, sorrindo) Gozado, né, o idoso ele é ... (pausa) talvez por preconceito, da gente, talvez, porque a gente esteja acostumado a lidar assim ... mas ele é teimoso (disse em voz alta), né. E aí, ele ... é difícil a gente convencê-lo de algumas coisas, por exemplo, alguns idosos acham que não tem que tomar determinados remédios porque ele é muito caro, ou porque ... né. E resolve, faz e acha que ... acha que ... né, sabem tudo, eles entendem tudo ... [...]. E 15*

Na fala dos entrevistados, existem alterações que ocorrem no processo de envelhecimento de ordem fisiológica, biológica, cognitiva, socioeconômica, necessitando de uma atenção especial dos profissionais, o que demanda um tempo maior para as consultas e um preparo específico por parte dos profissionais.

Dentre as atribuições específicas dos médicos que atuam na equipe de Saúde da Família, segundo Silvestre e Costa Neto (2003, p. 846), está a de ensinar ao idoso e seus familiares/cuidadores os cuidados com a administração de medicamentos, tratamentos, incluindo alimentação e cuidados de higiene e saúde. Essa questão também aparece na fala dos sujeitos entrevistados:

Segundo Souza et al (2006), há, realmente, uma carência na capacitação e suporte para os profissionais e cuidadores leigos, sendo fundamental a realização de pesquisas nesta área que visam o desenvolvimento, implementação e avaliação de programas de educação na geronto/geriatria.

Ainda, com relação a essa questão, relatam que os idosos, comumente, apresentam "problemas de memória", o que muitas vezes confunde os profissionais, não sabendo o que é normal e o que é o patológico.

> *(Pausa) [...] difícil é quando ele, determinados idosos, são muitos repetitivos, né, e nem todo momento você tá propensa a ficar escutando aquela mesma historinha, porque eles são muito repetitivos... E 01*

> *Ah ... que tem que ter mais paciência para estar explicando as coisas ... assim, a maioria, eles são mais lentos para entender, né ... tem que explicar bem ... assim, direitinho, para eles estarem indo no lugar certo, para estar fazendo a coisa certa, para não ficar ... vai e volta. (pausa) Acho que, é a paciência de explicar as coisas ... E 10*

Néri (2005) classifica o sistema de memória em três: a) memória sensorial, ela é a responsável pelo armazenamento de informações iniciais e breves de estímulos externos; b) memória de curta duração está relacionada com o armazenamento de informações pequenas por um período muito curto de tempo; c) memória de longa duração é responsável pela retenção de informações por um período mais longo de tempo.

É comum nos idosos, ao narrarem determinados fatos, apresentarem um rompimento das regras discursivas, como explica Bertachini (2007, p. 484), de fazerem uso impreciso das palavras (por exemplo, termos vagos como "coisa", "troço", entre outras); de digressão do tópico central (o idoso perde a linha de raciocínio) e de repetição de idéias e informações redundantes (pela dificuldade de memória). Essas são as marcas do discurso do idoso, que, apesar da espontaneidade, é marcado pela prolixidade dificultando a assistência do profissional ao idoso, devido a sua falta de preparo/treinamento para esse tipo de assistência.

Por outro lado, a mesma falta de preparo, por parte dos profissionais faz com que não compreendam e diferenciem o envelhecimento normal do patológico.

> *No começo era compreender esse limite de velhice e ... velho, né. Primeiro trabalhar isso comigo, de compreender um pouco o envelhecer, pra não dizer normal, eu prefiro até falar, fisiológico, o que é o envelhecimento e compreender que os idosos ... ah ... ver que há vida nessa idade que assim ... eu tinha pouco conhecimento, né, e tive que estudar. Tô aprendendo com eles inclusive ... [...] E 05*

> *[...] é ... (pausa) é difícil essa parte das patologias, é difícil conseguir entender, fazer integralidade disso tudo, né. Entender a pessoa, nesse processo de envelhecimento normal, né, patológico ... [...]. E 12*

Também entre as atribuições dos médicos e enfermeiros que atuam nas equipes de Saúde da Família, segundo Silvestre e Costa Neto (2003) está o de compreender o processo de envelhecimento como benigno e não patológico, sabendo diferenciar o envelhecimento normal, com suas limitações fisiológicas, das características patológicas que podem ser adquiridas durante o processo.

Para isto, as equipes de Saúde da Família devem compreender toda história de vida da pessoa (agressores físico, emocionais, sociais e econômicos) que pode representar uma crescente ameaça à saúde do indivíduo. Assim, torna-se um desafio para os profissionais, traçar limites entre envelhecimento normal, com suas perdas fisiológicas e as características patológicas que podem ocorrer durante esse processo.

h) O envelhecimento enquanto desafio

A busca por este conhecimento, em especial, da compreensão do processo de envelhecimento, confirma a dificuldade com o cuidar do idoso, revelando-se como um desafio no processo de aprendizagem da vida pessoal de cada profissional.

> *[...] E tem que ter preparo, não adianta pegar uma pessoa que não tem a menor paciência para atender o idoso, porque ... não consegue, ele vai sair daqui, sem entender nada. E 14*

> *[...] Eu acho que, a gente, que culturalmente falando, eu acho que a gente tem um enorme preconceito com as pessoas mais velhas, eu acho que é isso, e eu acho que isso envolve e atrapalha um monte de coisas, eu acho que é isso. E 17*

Protti (2002) mostrou, no seu estudo feito nos Núcleos de Saúde da Família do CSE- FMRP/USP, que há dificuldades dos profissionais em lidar com o processo de envelhecimento, sendo exposta a necessidade de capacitação dos profissionais para trabalhar com essa faixa etária da população.

Para Souza et al (2006), como no processo de envelhecimento ocorrem diversas modificações biológicas, fisiológicas, cognitivas, e socioeconômicas, é essencial que os profissionais de saúde tenham conhecimento desses fatores determinantes e compreendam a sua complexidade e magnitude para atuar na promoção de saúde do idoso.

Observa-se que o cuidado do idoso é entendido, por alguns de nossos entrevistados, como muito complexo (devido às diferenças culturais, por exemplo) sendo, em sua opinião, necessário que o profissional tenha uma habilidade especial: muita paciência e gostar de cuidar.

> *(Pausa) Então ... (pausa) é que eu gosto de atender o idoso, então eu não sinto dificuldade de atender o idoso [...]. E 07*

> *(Pausa) Ah, eu acho que eu não tenho muitas dificuldades não, a não ser que esse idoso tenha necessidades especiais, né [...] não é só o idoso que apresenta, né, qualquer pessoa com necessidades especiais. [...] Eu não tenho muitas dificuldades, no atendimento ao idoso não, são pessoas maravilhosas, que qualquer coisa que você faz, assim que ... estão sempre agradecidas [...]. E09*

Essa visão é de certa forma, confirmada por Santos (2006), pois como há necessidade de se observar os vários cenários em que estão inseridos os idosos (físico, emocional, social e espiritual), têm-se a necessidade de habilidades especiais que só quem gosta consegue desenvolver bem.

Quando perguntamos aos participantes se, durante a carreira profissional, haviam feito algum curso/treinamento para trabalhar e cuidar do idoso obteve a resposta de que a maioria não teve treinamento e/ou curso. Uma pequena parcela dos participantes relatou que cursaram disciplinas durante a pós-graduação (especialização, residência ou mestrado) relacionadas ao processo de envelhecimento e uma minoria dos participantes (somente três) lembraram que participaram de algum grupo de discussão e/ou palestras relacionados ao assunto.

> *(Pausa) Olha, eu acho que a gente acaba sendo formado para problemas né, então ... (pausa) é, aqui no Saúde da Família, acho que a gente fez mais voltado, assim, para questões de violência, a partir do Estatuto do Idoso, que começaram discussões na cidade [...] é ... uma coisa que me faltou muito é entender a parte, ligada aos benefícios, né, dos direitos, isso a gente não tem, então assim, é, aprender uma coisa, que parece, a princípio, não estar ligado com a saúde, mas está [...] teve alguma coisa, aí, de treinamento de doença, que não é, não é, assim, não são treinamentos atrativos, porque não é aquilo que você está buscando saber, né, mas aquilo que querem te passar [...] E 12*
> *[...] Para trabalhar com idoso, não. Eu tive experiência da faculdade, né, da disciplina de geriatria da faculdade, eu tive experiência da disciplina de geriatria da residência, mas não tive nenhuma formação específica, para trabalhar em saúde do idoso, não. [...]. E 03*

> *(Pausa) Não, treinamento específico, não. A gente teve, ah ... na parte de saúde do idoso, no curso de especialização em Saúde da Família, né, que ajudou muito, a gente percebeu ... que existem testes, que os neurologistas fazem, que qualquer profissional pode fazer para verificar se a pessoa está tendo ... assim ... ah ... (pausa) uma dificuldade de memorização ... de compreensão do que a gente está falando ... (pausa) lapsos, assim, de memória [...]. E 18*

Essas falas, dos sujeitos entrevistados, apontando para as falhas na sua formação, são confirmadas por Souza et al (2006) que afirmam haver pesquisas na Gerontologia que mostram a deficiência de capacitação e suporte aos profissionais de saúde e cuidadores.

Novaes e Gandolpho (2002) também mostraram a necessidade da inclusão de conteúdos de envelhecimento humano na formação acadêmica, em especial, em enfermagem.

Santos (2006) revela em seu estudo o quanto a influência do conhecimento adquirido interfere na vida do profissional (enquanto estudante) e no cuidado do idoso, possibilitando um novo olhar sobre esse segmento da população, obtendo-se uma melhor percepção da importância do idoso, consequentemente estabelecendo-se uma melhor relação, uma convivência mais prazerosa e maior satisfação no cuidar.

Assim sendo, os desafios encontrados pelos profissionais que atuam na assistência ao idoso são inúmeros, tais como: conhecer o contexto em que o idoso vive; ter conhecimento teórico/prático de geriatria/gerontologia; falta de treinamentos para capacitação desses profissionais; dificuldades para lidar com os sentimentos, durante a assistência ao idoso; falta de preparo psicológico; e o acelerado crescimento da população idosa que é atendida nos serviços de saúde.

Observa-se, assim, o quanto os temas abordados estão relacionados com o contexto atual, mostrando a realidade do aumento da população de idosos e as suas repercussões para os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família, tanto relacionados à vida pessoal quanto à profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, que teve como objetivo analisar as representações de velhice presentes entre os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (CSE – FMRP/USP) e suas possíveis implicações para estes serviços de saúde, chega ao fim com algumas conclusões e considerações importantes.

Durante a pesquisa, foi possível conhecer diversas concepções sobre velhice presentes entre os profissionais entrevistados.

Em relação ao conceito de velhice, evidencia-se os sentimentos das pessoas quando manifestaram surpresa, sorrisos e/ou lágrimas, ao serem interrogadas, o que mostra a espontaneidade dos entrevistados em falar do assunto, mesmo defrontando-se com algumas resistências.

As dificuldades encontradas pelos entrevistados foram observadas em diversos momentos, como ao conceituar os termos velhice e envelhecimento, citar palavras que se associavam ao assunto ou nos momentos em que recordavam vivências e/ou experiências com idosos.

Diversas concepções foram manifestadas pelos entrevistados sobre a velhice, de acordo com sua formação, idade e experiência de vida (pessoal ou profissional), como: velhice sendo uma fase de sabedoria e experiência de vida; evolução natural do corpo humano; estado de espírito; fase em que se assemelha ao mundo infantil; melhor idade; e fase de decadência e solidão.

Nas falas dos entrevistados, a velhice é referida como evolução natural do corpo humano, relacionada com perdas, limitações e dificuldades, mas também associada com a idéia de sabedoria, experiência de vida ou estado de espírito.

A idéia da velhice como sendo idade psicológica, aparece com dois sinônimos: o primeiro sendo análogo ao da idade biológica/ cronológica; o segundo, relacionado ao "estado de espírito", sendo independente do conceito de idade "cronológica" ou de outros marcadores da velhice.

Quando questionados sobre a visão que as "outras pessoas" teriam sobre a velhice, os entrevistados manifestaram acreditar que a velhice, para os outros, estaria associada a idéias negativas (fase de dificuldades, solidão, decadência, abandono e doenças). Relataram, ainda, que as pessoas têm a idéia de que o idoso é uma sobrecarga para a

família, pois como seriam inativos, nada mais valeriam para a comunidade ou país. Segundo a fala dos sujeitos entrevistados, essa visão se deve à sociedade globalizada, capitalista industrial, onde não há lugar para o idoso, pois todos têm que trabalhar e não sobra tempo para o cuidado com o idoso. Observa-se, assim, a busca pelo TER ser maior do que pelo SER.

Apesar dessa visão crítica, em relação aos "outros", contraditoriamente, muitos dos entrevistados também manifestaram uma visão negativa de velhice, demonstrando, verbalmente, o medo de chegar a esta fase da vida.

Outro tema apareceu durante as entrevistas: as semelhanças e as diferenças entre os conceitos de velhice e juventude.

Alguns profissionais entrevistados, ao serem convidados a relacionar algumas palavras que associavam com as duas fases da vida (velhice e juventude), observaram semelhanças entre as duas fases. Na opinião deles, a "dependência" seria um elemento comum às duas fases, o que mais uma vez, mostra o quanto associam velhice como sendo algo negativo.

Isso confronta com a Síntese dos Indicadores Sociais 2007 (IBGE, 2007), que aponta que, no Estado de São Paulo, 62% dos idosos são pessoas de referência em seus domicílios, ou seja, chefiam as residências. Entretanto os dados não nos mostram a taxa de dependência física ou psicológica dos idosos - "dependência" referida pelos sujeitos entrevistados.

Foi manifestada, também, certa dificuldade dos profissionais, em lidar com a educação em saúde para os idosos. Segundo as falas, essa falta de preparo para lidar com a educação adulta/senil seria conseqüência do fato de terem sido preparados para ensinar crianças, pois o Brasil sempre foi considerado um país de jovens.

Alguns participantes manifestaram a opinião de que a velhice depende de como o indivíduo a planeja durante toda a vida, ou seja, de como o indivíduo se prepara, no decorrer da vida, pois, muitas pessoas não aceitam o processo de envelhecimento com tranqüilidade, por desejarem manter-se sempre jovens, adultos, não aceitando as perdas e limitações que ocorrem durante a vida.

Os entrevistados, que falaram sobre o planejamento da velhice, acreditam que esta deveria ser planejada, assim como planejamos a fase adulta, na adolescência, já que o envelhecimento é um processo natural e que não começa somente após os sessenta anos, mas é algo que vai acontecendo ao longo da vida. Para Souza, Skubs e Brêtas (2007),

quanto mais as pessoas entenderem esse processo, melhor poderão agir para envelhecer com qualidade, modificando e incorporando hábitos saudáveis durante a vida.

Há ainda, a compreensão, por parte dos entrevistados, de que a velhice é um conjunto bio-psico-social-espiritual e que o profissional da saúde deve ter essa visão para poder prestar uma assistência de qualidade.

Ao manifestarem os sentimentos em relação ao seu próprio processo de envelhecimento, os entrevistados demonstraram (verbalmente ou não) a presença do medo e ansiedade. Estes sentimentos (de medo e ansiedade) frente à velhice é conseqüência da cultura, em que o idoso é visto de forma negativa.

Na fala dos entrevistados, foi observada, também, uma projeção deles prórpios durante seus atendimentos, vendo-se na imagem do "outro". Assim, há uma empatia durante a assistência prestada ao idoso, demonstrando o que sentiria se estivesse na situação vivida pelos idosos, no Brasil, hoje.

Ficou evidente o conceito negativo dos entrevistados quanto ao significado de ser idoso no Brasil, hoje. Para eles, esta visão negativa se deve ao despreparo da sociedade e dos profissionais da área da saúde, para lidar com o processo de envelhecimento e à falta de políticas públicas readaptadas e integradas à nova realidade brasileira.

Outro dado manifestado, pelos sujeitos entrevistados, é a crença na complexidade em se lidar com a questão da velhice e a assistência ao idoso. Manifestam acreditar que são necessários conhecimentos e habilidades especiais para essa assistência, pois o profissional precisa ter um olhar sobre as múltiplas necessidades do cuidado.

Quando foram questionados quanto às dificuldades encontradas no atendimento ao idoso, os entrevistados abordaram dois temas: ausência de estrutura social e/ou rede de apoio; e a falta de preparo e/ou treinamento para o cuidado a esta faixa etária da população.

Para os sujeitos entrevistados, a rede de suporte social é fundamental estar presente junto ao cuidado prestado pelo profissional, para se ter uma assistência de qualidade.

Quanto à falta de preparo e/ou treinamentos para o cuidado com o idoso, diversas dificuldades foram relacionadas: tempo reduzido das consultas aos idosos (em média trinta minutos); presença de diversas queixas, múltiplas patologias e uso de diversas medicações associadas; dificuldade do profissional, em compreender os limites do envelhecimento, e diferenciar o que é normal/fisiológico do que é patológico; o fato dos idosos serem, supostamente, saudosistas e muito teimosos, o que exigiria muita paciência por parte dos profissionais.

Nota-se que existe, entre os profissionais entrevistados, a busca por um conhecimento específico, que possibilite a compreensão do processo de envelhecimento. Essa busca aparece como um desafio no processo de aprendizagem de cada profissional entrevistado.

Assim, os desafios dos profissionais das Equipes de Saúde da Família são diversos, pois é atribuição das equipes compreender o processo de envelhecimento, sabendo diferenciar o envelhecimento normal do patológico e compreender toda história de vida da pessoa, identificando todos os fatores agressores que podem representar ameaça à saúde do indivíduo.

Tal desafio é ainda maior quando se constata que há falta de preparo pessoal e de treinamento profissional para capacitação desses profissionais, e quando os dados epidemiológicos apresentam um contínuo e acelerado crescimento da população idosa.

Assim, a partir desse estudo, podem-se apontar alguns dos desafios a serem enfrentados para os próximos anos: investir em capacitação dos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família, bem como oferecer-lhes suporte teórico e psicológico para que se sintam preparados para lidar com a nova realidade que se apresenta. Afinal, como foi constatado neste estudo, esses profissionais convivem com representações negativas em relação à velhice, em uma sociedade que ainda não se conscientizou da difícil realidade que todos devem enfrentar.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, M. Representação Social: uma genealogia do conceito. **Comum**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 23, p. 122-138, jul./dez., 2004.

ALMEIDA, A. M. O.; CUNHA, G. G. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 147 – 155, 2003.

ALONSO, L. E. Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. In: DELGADO, J. M.; GUTIÉRREZ, J. **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Editorial Sintesis, S.A., 1995. cap. 8, p. 225-240.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A estratégia saúde da família. In: DUNCAN, B. B. SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 7, p. 88-100.

ANDRADE, O. G. Representações sociais de saúde e doença na velhice. **Revista Acta Scientiarum.Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 207-213, 2003.

ARAÚJO, L. F., COUTINHO, M. P. L., SANTOS, M. F. S. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Revista Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 89-98, mai./ago. 2006.

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L. ; CARVALHO, V. A. M. L. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. **Revista Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 1 – 13, mar., 2005.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisas**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov./2002.

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção do Idoso da UnATI/UERJ. 2004. 236f. Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

BALDESSIN, A. O idoso: morrer e viver com dignidade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007, cap. 71, p. 869 – 878.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997. 225p.

BATTINI, E.; MACIEL, E. M.; FINATO, M. S. S. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 1 - 8, out./dez., 2006.

BERTACHINI, L. A comunicação na longevidade: aspectos fonoaudiológicos em gerontologia. In: PAPLÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007, cap. 38, p. 479 – 497.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação:** uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto Editora, 1997.

BOURDIEU, P. O espírito de família. In BOURDIEU, P. **Razões práticas sobre a teoria da ação**. Campinas, SP: Papirico, 1996, p. 124-135.

BRASIL. Decreto n 1948, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n 8842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Disponível em: http://www.conselhos.sp.gov.br/ceidososp/Leis/DEC%20FED%201948-96.htm Acesso em: 08/10/2008.

BRASIL. Lei n 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providencias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm Acesso em: 22/08/2007.

BRASIL. Lei n 8842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8842.htm Acesso em: 08/10/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília, 1998. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) 192p.

BRASIL. Portaria n 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.htm Acesso em: 20/04/2007.

BRASIL. Portaria n 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais de referido Pacto. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm Acesso em: 11/03/2006.

BULGARELLI, A. F. **Saúde bucal em idosos: queixas relatadas** 2006. 144f. Dissertação (Mestrado – Saúde na Comunidade) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CACCIA-BAVA, M. C. G. G. **Relatório do Convênio dos Núcleos de Saúde da Família** – Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CALDAS, C. P. Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007, cap. 6, p. 77 – 84.

CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações Sociais e História: referenciais teórico – metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 499 – 506, abr./jun., 2000.

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-39, jan., 2006.

CREVELIM, M. A. **A participação da comunidade no PSF na perspectiva do trabalho em equipe.** 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

DATASUS, População Residente segundo município de Ribeirão Preto, 2007. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def Acesso em: 07 jan. 2007.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Health Com Agency for International Development, 1994. 97p.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 12 ed, Petrópolis: Vozes, 1999. cap. 2, p. 31-50.

DOMINGUES, M. A.; QUEIROZ, Z. P. V. Atitudes, mitos e estereótipos relacionados ao envelhecimento e a sua influência no atendimento domiciliar. In: DUARTE, Y. A. O. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

DOURADO, M.; LEIBING, A. Velhice e suas representações: implicações para uma intervenção psicanalítica. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 01 – 08, 2. sem., 2002.

ERMEL, R. C. **O processo de trabalho das enfermeiras nas equipes de saúde da família no município de Marilia/SP**. 2002, 76 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Boockman, 2007. 312p.

FRANCO, M. L. P. B. Representações Sociais, Ideologia e Desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 121, p. 169-186, jan./abr., 2004.

FREIRE, S. A. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NÉRI, A. L.; FREIRE, S. A. (org). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000, cap. 1, p. 21-30.

GANDOLPHO, M. A. **O cuidar do idoso hospitalizado:** representações dos profissionais de enfermagem. 2002, 71 f. Dissertação (Mestrado- Departamento de Práticas de Saúde Pública) Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2002.

GAVIÃO, A. C. D. Aspectos psicológicos e o contexto domiciliar. In: DUARTE, Y. A. O. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 12, p. 173 -180.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos Científicos Editora, 1989, 323p.

GOMES, L. M. S. A mídia no processo de construção do imaginário social do idoso. In. PAZ, S. F. **Envelhecer com cidadania**: quem sabe um dia? Rio de Janeiro: ANG, 2000. p. 85 – 90.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 12 ed, Petrópolis: Vozes, 1999. cap. 4, p. 67-80.

GUARESCHI, P. A. "Sem dinheiro não há salvação": ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: _____; JOVCHELOVITCH, S. (org) **Textos em Representações Sociais**, 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998, cap. 6, p. 191-225.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. Physis – **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 23 – 36, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação da População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informações Demográfica e Socioeconômica, n. 21. **Síntese dos Indicadores Sociais**, Rio de Janeiro, 2007.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (org). **Textos em Representações Sociais**, 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998, cap. 2, p. 63-85.

LEME, L. E. G. Gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 1, p. 3-12.

LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. In: LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967, p. 193 – 213.

LOPES, C. E.; ABIB, J. A. D. Teoria da Percepção no Behaviorismo Radical. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 18, n. 2, p. 129-137, mai./ago., 2002.

MAFFIOLETTI, V. L. R. Velhice e família: reflexões clínicas. **Revista Psicologia: ciência e profissão,** Brasília, v. 25, n. 3, p. 1 – 14, set., 2005.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: ESPCE, 2002, 62 p.

MERCADANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 73-76.

MINAYO, M. C. S (org). **Pesquisa Social**: teoria, métodos e criatividade. 12 ed, Petrópolis: Vozes, 1999.

_____ **O desafio do conhecimento científico**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed., São Paulo: Hucitec, 2004.

_____; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: _____ (org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 11 – 35.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (org). **Textos em Representações Sociais**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. p. 7 – 16.

NÉRI, A. L. Atitudes e crenças sobre a velhice: análise de conteúdo de textos do jornal O Estado de São Paulo, publicados entre 1995 e 2002. In: SIMSON, O. R. M. V.; NERI, A. L.; CANCHIONI, M. (org). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. São Paulo: Alínea, 2006. p. 13 – 54.

_____ **Envelhecer num país de jovens:** significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1991. 155p.

_____ O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: _____ (org) **Maturidade e velhice**: trajetórias individuais e socioculturais. Campinas, SP: Papirus, 2001. cap. 1, p. 11-52.

_____ **Palavras –chave em gerontologia** 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2005. 214p.

_____ **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas: Papirus, 1993. 285p.

_____; FREIRE, S. A. Qual é a idade da velhice? In: _____ (org) **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000. p. 7-19.

NÓBREGA, S. M. **O que é Representação Social**. 1990, 76 f. Tese (Doutorado) – Ecole des Haustes Études em Sciences Sociales, Paris, França, 1990.

NOVAES, M. R. V.; GANDOLPHO, M. A. A imagem da velhice: a ótica do estudante de enfermagem. **Revista Nursing**, São Paulo, n. 50, p. 19 – 24, jul. 2002.

PAPALÉO NETTO, M. Ciências do Envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. In: _____. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007, cap. 3, p. 29-35.

_____; M; PONTES, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: _____ **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 1, p. 3 – 12

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 48, p. 609-621.

PASCHOAL, S. M. P.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. Epidemiologia de Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 4, p. 39 – 56.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 338-342, jul./set., 2006.

PEREIRA DE SÁ, C. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In SPINK, M. J. (org) **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasilienses, 1993. p. 19-45.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v. 11, n. 3, p. 657 – 667, jul./set., 2006.

PROTTI, S. T. **A saúde do idoso sob a ótica da equipe do programa de saúde da família**.2002. 117 f. Dissertação (Mestrado - Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Perto, 2002.

QUEIROZ, M. S. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: BARATA, R. B.; BRICEÑO – LEÓN (org) **Doenças endêmicas**: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000, p. 27 – 46.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai./jun., 2003.

ROBLEDO, L. M. G. Concepción holítica del envejecimento. In: Perez, E. et al. **La atención de los ancianos:** um desafío para los anos noventa. Washington: OPS, 1994, p. 34 - 44.

RODRIGUES, R. A. P.; ANDRADE, O. G.; MARQUES, S. Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 7 – 12, jan., 2001.

RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES.; FABRÍCIO, S. C. C.; CRUZ, I. R.; LANGE, C. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, jul./set., 2007.

SANTOS, N. C. **Crenças dos alunos de graduação em enfermagem sobre o cuidar do idoso**. 2006, 198 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de São Paulo. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **Revista História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155 – 168, jan./mar., 2008.

SILVESTRE, J. A., COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847. mai./jun., 2003.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; XIMENES, L. F.; DESLANDES, S. F. O idoso sob o olhar do outro. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (org) **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 191 – 209.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 263-267, mai./jun., 2007.

SOUZA, W. G. A.; PACHECO, W. N. S.; MARTINS, J. J.; BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P. Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar. **Revista Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis/SC, v. 35, n. 4, p. 56 – 63, 2006.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, 1993.

_____; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. P. (Org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas, São Paulo: Cortez Editora, 1999. cap. IV, p. 93 – 122.

TEIXEIRA, M. C. T. V.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. **Revista. Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 2, p. 351 – 359, jul./dez., 2002.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR., C. E. A. (org.) **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. cap. 1, p. 25 – 35.

VALLES, S. M. **Técnicas cualitativas de investigación social**: reflexión metodológica y prática profesional. Madrid: Editorial Sintesis, S.A., 1997. 430p.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Revista Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 12, n 2, p. 479 – 501, jul./dez., 1999.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

ANEXO 1

Roteiro de Entrevista semi-estruturada. [1]

Data da Entrevista/hora: _____

I. Identificação:

1. Nome:_____ Idade _____
2. Local de trabalho: _____
3. Sexo: ( )M ( )F
4. Função: ( ) ACS ( ) Auxiliar de enfermagem
   ( )Enfermeiro ( )Médico ( )Dentista
5. Estado civil: _____
6. Naturalidade:_____Estado: _____
7. Tempo de atividade profissional

( ) < de um ano

( ) de 1 a 5 anos

( ) de 6 a 10 anos

( ) mais de 10 anos

8. Tempo de atividade na ESF

( ) < de 6 meses

( ) de 7 meses a 1 ano

( ) de 2 a 5 anos

( ) mais de 5 anos

9. Cursou pós-graduação?

( ) Sim ( ) Não

( ) Especialização. Área: _____

( ) Residência. Área: _____

( ) Mestrado. Área: _____

( ) Doutorado. Área: _____

---

(1) O roteiro, de uma entrevista semi-estruturada, é apenas um referencial para explorar o tema proposto. Na apresentação das questões, durante a entrevista, procuraremos adaptar a linguagem de forma que os entrevistados tenham condições de compreender as questões e responder conforme o objetivo proposto no projeto.

II. Questões:

1. O que é a velhice para você?

_____

_____

_____

2. O que você acha que as outras pessoas entendem por velhice?

_____

_____

_____

3. Complete a frase: O velho é...

_____

_____

_____

4. Qual a diferenciação dos significados de "velho" e de "velhice" para você?

_____

_____

_____

5. Descreva as características do envelhecimento.

_____

_____

_____

6. Como você será quando ficar velho? É a forma que gostaria de ficar? Se não, por quê?

_____

_____

_____

7. Com quantos anos você considera uma pessoa velha? Por quê? (Justifique)

_____

_____

_____

8. Cite as principais dificuldades que você encontra para o atendimento ao idoso.

_____

_____

_____

9. .O que significa, para você, ser velho no Brasil hoje.

_____

_____

_____

10. Possui algum familiar idoso? Quem? (e como você o vê, ou, quais são as suas principais características)?

_____

_____

_____

11. Você fez algum curso/treinamento, durante sua carreira profissional, para trabalhar e cuidar de idosos?

_____

_____

_____

12. Liste até 10 palavras que você lembra quando pensa em velhice.

_____

_____

_____

13 Liste até 10 palavras que você lembra quando pensa em juventude.

_____

_____

_____

14. Relate os procedimentos em relação ao atendimento ao idoso neste Núcleo de Saúde da Família. Os idosos têm preferência no atendimento? Quando?

_____

_____

_____

15. Há alguma experiência com idoso que foi marcante para você? Se sim, relate.

_____

_____

_____

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) colega

Convido-o (a) a participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada "A representação de velhice entre os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família" que será realizada na cidade de Ribeirão Preto – SP com o objetivo de analisar as representações de velhice presentes entre os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V do Centro de Saúde Escola – CSE – FMRP – USP e suas possíveis implicações para o serviço de saúde. Será proposto a você, participante, uma entrevista semi-estruturada, que será conduzida pela pesquisadora do referido projeto e gravada em fita cassete.

Leia as informações a seguir antes de dar seu consentimento:

1. Não haverá quaisquer riscos na sua atividade profissional, nem institucional, pois esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola – CSE – FMRP – USP.
2. A sua participação é voluntária e em caso de dúvidas poderá esclarecê-las com a própria pesquisadora;
3. Está garantido o anonimato e o sigilo das suas informações, bem como da sua identidade;
4. Você tem a liberdade de recusar ou retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga prejuízos;
5. Os participantes poderão conhecer os resultados do estudo quando solicitado;
6. Os resultados serão publicados e os registros estarão disponíveis, somente, para uso da pesquisa.

Eu, _____ RG: _____ concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo, assino e recebo cópia deste documento.

_____ _____

Assinatura da pesquisadora assinatura do participante

Angélica Maria Jabur Bimbato

RG: 29.019.415-5

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200

ANEXO 3

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto – SP

Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480
FAX (0**16) 6332331

Ribeirão Preto, 27 de março de 2007

DECLARAÇÃO

Declaramos que a pesquisadora ***ANGÉLICA MARIA JABUR BIMBATO***, apresentou o projeto de Pesquisa intitulado: ***"A REPRESENTAÇÃO DE VELHICE ENTRE OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NOS NÚCLEOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA"***, para apreciação sendo aprovado nos Núcleos de Saúde da Família-I, III, IV E V do CSE-FMRP-USP. A Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa aguarda as questões éticas a serem apreciadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa para que se inicie o desenvolvimento do mesmo.

Profº. Dr. Gutemberg de Melo Rocha
Presidente do CSFeC da
FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof Dr. Antonio Carlos Duarte de Carvalho (Orientador)
Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

ANEXO 4

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto – SP

Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480
FAX (0**16) 6332331

. COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Of. Nº165/07/COORD./CEP-CSE-FMRP-USP- 11.04.2007

Senhor Professor,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 58ª reunião ordinária, realizada em 10 de abril de 2007, analisou e apreciou o parecer do Relator, referente ao projeto de pesquisa intitulado: "**A representação de velhice entre os profissionais que atuam nos Núcleos de Saúde da Família",** protocolo nº.226/CEP-CSE-FMRP-USP, com a orientação de V.Sª e da orientanda Angélica Maria Jabur Bimbato, foi **APROVADO.**

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo.Sr.
Prof. Dr. Antonio Carlos Duarte de Carvalho
Docente do Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP