

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PRISCILA LEITE GONÇALVES

As velhices e a covid-19: experiências no contexto das políticas públicas
de saúde durante a pandemia no município de São Paulo.

São Paulo

2022

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PRISCILA LEITE GONÇALVES

As velhices e a covid-19: experiências no contexto das políticas públicas de saúde durante a pandemia no município de São Paulo.

(Versão corrigida)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como exigência para obtenção do título de doutora em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marie Claire Sekkel

São Paulo

2022

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.

Catálogo na publicação Biblioteca
Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo Dados
fornecidos pelo(a) autor(a)

Gonçalves, Priscila Leite

As velhices e a covid-19: experiências no contexto das políticas públicas de saúde durante a pandemia no município de São Paulo / Priscila Leite Gonçalves; orientador Marie Claire Sekkel. -- São Paulo, 2022.

187 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Velhices. 2. Experiência. 3. Pandemia. 4. Educação na Saúde. 5. Formação de Trabalhadores do SUS. I. Sekkel, Marie Claire, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

GONÇALVES, Priscila Leite.

As velhices e a peste: experiências no contexto das políticas públicas de saúde durante a pandemia de covid-19.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Abadia de Fátima Alves, 63 anos. Era a doçura no olhar, no coração e na vida de todos | **Abdias Martins de Moura**, 84 anos. Um homem apaixonado pela vida. Filósofo da paz, do amor e da resiliência | **Abdon Albuquerque Cavalcante**, 82 anos. Colocava apelido em todos, era o imitador e o contador de histórias mais engraçado da família | **Abel Augusto Teixeira**, 65 anos. Não gostava que se preocupassem com ele. Sempre dizia que estava tudo bem | **Abel da Cruz Neto**, 61 anos. Criava chavões a cada oportunidade, cuidando do bem-estar alheio, que era sua especialidade | **Abel Jorge Cassimiro**, 76 anos. Foi um pai e avô que, mesmo distante, se fez presente na vida e nas lembranças da família | **Abelin Maria Pereira Cardoso**, 64 anos. Sua alegria de viver se traduzia num gostoso pão de mel | **Agostinho Rodrigues Samias**, 84 anos. Guardião da língua do seu povo, tinha o sonho de fazer um dicionário indígena Kokama | **Aguiar Lázaro**, 79 anos. Com um pé na Itália e outro no Brasil, ele era da mesa farta, da conversa boa e do sorriso largo | **Aguinaldo Eulálio Gonçalves**, 71 anos. Incansável, acordava cedo assobiando e procurava interessado o que fazer | **Aguinaldo Gomes Marinho**, 62 anos. Diante das dificuldades de sua filha, ele dizia: "Vai ficar tudo bem. Painho te ama." | **Albanita Santana**, 85 anos. Mamãe Velha, bons eram os seus bolinhos de chuva | **Albany Beltrão dos Santos**, 74 anos. Sabia consertar qualquer coisa na máquina de costura; a cada linha, tecia uma memória | **Albertino Fonseca Baccelar**, 87 anos. Primeiro ele aprendeu a cultivar a terra; depois, a cultivar as palavras: era uma enciclopédia ambulante | **Albertino Zerbinato**, 80 anos. Seu primeiro amor foi Catarina; desde que se avistaram nos jardins do Museu do Ipiranga, permaneceram juntos por quase 60 anos | **Alberto Bandeira Peret**, 92 anos. A falta que ele faz é a prova de todo o bem que ele fez | **Alberto Barbosa Ferreira**, 71 anos. O cameraman que eternizava todas as melhores memórias da família | **Alberto Carlos Gamboggi Calastretti**, 80 anos. Acordava cedo para exercer sua profissão. Um médico que sempre trabalhou para que o mundo fosse melhor | **Belmiro Alves de Melo**, 77 anos. Acordava bem cedinho para ir à igreja, comprar pão e preparar o café antes de começar sua jornada de trabalho | **Benedicta Conceição Andrade**, 97 anos. Com frequência escrevia cartas para os seus e amava recebê-las | **Benedita Antonia da Costa**, 77 anos. Tinha grande conexão com Deus, dava bons conselhos e fazia um arroz com feijão inigualável | **Benedita Aparecida de Jesus Oliveira**, 61 anos. Sincera e chorona, amava tomar coca-cola e comer pizza | **Benedita Aparecida Guicicoli**, 65 anos. De beleza única, olhar intenso e profundo, o tempo a tornava cada vez mais encantadora | **Benedita Bento Ribeiro**, 76 anos. Sinônimo de aconchego e cuidado, tinha sempre uma palavra amorosa a oferecer | **Benedita Junqueira de Souza**, 86 anos. Com seus cabelos brancos e o olhar doce e meigo, era querida por todos | **Benedita Maria Mariano**, 79 anos. Quando se chegava à casa dela, vinha uma paz tão grande. Benedita tinha cheirinho de vó | **Benedita Pereira Batista**, 94 anos. Conservou a memória de joventinha e viveu para cuidar da família com fé e força, atributos que eram suas marcas | **Benedita Pereira dos Santos**, 74 anos. Dona de um grande coração e de uma alma acolhedora, costumava dizer: "Tá bestando, uai" | **Benedita Tolentino Novais Lino**, 69 anos. Mulher guerreira, nunca desistiu dos sonhos. Conectada, não perdia um bom papo nem com as vizinhas | **Benedito Alves de Oliveira**, 66 anos. Um homem feito de alegria, bondade e generosidade, que sentia especial prazer em fazer o bem | **Benedito Alves Duarte**, 82 anos. Tinha mania de passar um "alquim" em machucado, picada de bicho, qualquer lugar com dor. Dizia que curava | **Benedito Antônio de Oliveira**, 78 anos. Um querido teimoso que amava a liberdade de poder decidir sobre sua vida | **Benedito Aparecido Bueno**, 72 anos. Um pai e avô amoroso que adorava bater papo e ir para igreja | **Benedito Ari Buzato**, 79 anos. Cantor e locutor da igreja; quando alguém morria, era ele quem noticiava, logo após a Ave Maria de Gounod | **Benedito Barreto de Jesus**, 66 anos. Era pura alegria; seu momento de felicidade com a Libertadores do Flamengo foi um dos mais memoráveis | **Benedito da Silva**, 107 anos. Foram 107 anos de pescaria, de luz, de sorrisos e de fé em Deus! Mais de um século de uma vida abençoada | **Carlito Santos Ferreira**, 65 anos. Um homem temente a Deus e que usou a música para abençoar vidas | **Carlos Alberto Alves Bezerra**, 64 anos. Torcedor apaixonado do Fortaleza Esporte Clube, tinha a força e a garra do leão | **Carlos Alberto Brasil**, 75 anos. Nenhum filho ou filha saía de casa para uma nova vida sem ganhar um fôgo de presente | **Carlos Alberto Carneiro da Costa**, 72 anos. Um homem simples que gostava de fartura. Alcançou tudo o que queria, graças ao seu esforço | **Carlos Alberto Castelo Branco**, 73 anos. De alma intensa, ele foi um Papai Noel que torceu pelo Ceará, Flamengo e Beija-Flor. Transbordava amor | **Carlos Alberto Chaves**, 71 anos. Um homem que lutou pela saúde pública e contra a corrupção no Rio de Janeiro

Dalva Félix de Mendonça de Paula, 66 anos. Dalva floresce como as plantas que regava, é a cor dos bordados que tecia. Uma sábia mulher | **Dulcilene de Fatima Froeder Rodrigues**, 49 anos. Sentia-se realizada por apresentar um novo mundo, com letras e números, aos seus pequenos alunos | **Dulcimar Teixeira Leite**, 77 anos. Com a mente sempre positiva, ela lutava pela realização de seus projetos | **Durvalino dos Santos**, 68 anos. Sempre que possível, seja útil. E não se esqueça de se divertir; se não for assim, não tem graça, dizia | **Ecreide Tereza da Silva Pereira**, 65 anos. Acolher, ou acocar, como gostava de dizer, era sua especialidade, desde passarinhos a estrangeiros na cidade | **Edison José Cazarin**, 81 anos. Com luxo ou simplicidade, o que importava para ele era viajar; até num pasto ele chegou a acampar com a família | **Florentino Peterli**, 70 anos. Depois de quatro cirurgias cardíacas, dizia: "Cada dia é um presente" | **Flori de Jesus da Luz**, 61 anos. Era os pés na areia, comendo um camarãozinho junto das pessoas que amava que ele encontrava a felicidade | **Florian Viera da Silva**, 88 anos. Pescava nos rios, além de peixes, histórias e lendas que encantavam suas netas | **Francisca Félix de Oliveira**, 74 anos. Uma vida de rara intensidade e ousadia | **Geraldo Francisco da Silva**, 73 anos. Vivía a vida intensamente, fazendo amigos, conversando, brindando, dançando... | **Gerci Oliveira Godoy**, 81 anos. Amante da poesia, adorava escrever e ler em voz alta seus poemas | **Gercina Maria Moura dos Santos**, 65 anos. Na luta diária, achava tempo e força para apoiar a todos que amava | **Haroldo Cordeiro Filho**, 75 anos. Gostava de passar o tempo de um jeito peculiar: pintando a sua casa e a dos amigos | **Hilda Machado Bozza**, 81 anos. Era como um caule forte sustentando e nutrido muitos galhos; sua vida foi exemplo de caridade e doação | **Hilda Maria Cordeiro**, 78 anos. Fez questão de viver intensamente todos os momentos de sua vida | **Ianny Viana Soares**, 97 anos. Dizia, orgulhosamente por onde quer que fosse, ser a matriarca da família Viana Soares | **Iara Pinho Medeiros**, 72 anos. Querida demais, ela é quem marcava todas as reuniões de família | **Iéda Louelina Castro Barbosa**, 66 anos. Amava os amigos e a família. Organizava viagens como ninguém. | **Iracema Silva de Sá**, 62 anos. Iracema viu sonhos se tornarem realidade: viu seus três filhos criados e formados e se tornou avó | **Irene Boaventura da Silva**, 79 anos. A tia mais querida que contagiava todos com sua alegria e seu jogo de bingo | **Jacinta dos Santos Costa**, 75 anos. Cozinheira de mão cheia. Mulher de fé, uma grande devota de Nossa Senhora das Graças | **Jacinto de Souza**, 82 anos. Construiu casa para cada um dos vinte filhos | **João Acilo Ferreira**, 89 anos. Não tinha nenhum tipo de inimizade e sabia mesmo como ser uma pessoa especial no convívio social | **José Cordeiro de Farias**, 107 anos. Gostava de deixar o rádio no volume mais alto e ouvir as notícias com o jornal aberto, no "quartinho de Vovô" | **Laércio Antônio de Rosa**, 63 anos. Os netos eram sua maior riqueza | **Laurita Barbosa**, 91 anos. Tia Nita, como todos a chamavam, era a tia e mãe de todo mundo | **Lázara Maria da Conceição Cipriano**, 77 anos. Sabida da ternura como poucas pessoas, ela foi sempre abraço, acolhimento, generosidade e fé | **Leda Annuciata Torloni**, 93 anos. Os Natais em sua casa eram maravilhosos, ela sempre elegantíssima e a casa toda decorada. Inesquecível | **Mairdes Albuquerque da Silva**, 73 anos. Uma pessoa doce que espalhava amor e felicidade por onde passava | **Mairineque José Ramos**, 73 anos. Apaixonado por caminhão, a estrada era seu trabalho, todavia voltar para casa era o destino do seu coração | **Maria Tavares Pereira do Carmo**, 65 anos. Uma mulher guerreira | **Maria Umbelina da Silva**, 72 anos. Fazia a mais deliciosa mousse de maracujá e foi a melhor matriarca que uma família pôde ter. | **Maria Valdenice Luz de Azevedo**, 60 anos. Gostava de cozinhar com o tempero do amor, cuidar de si e cuidar dos pássaros | **Nilza Miguez Dantas**, 78 anos. Carioca de coração, paulistana por decisão. Amava viajar, inspirava e iluminava vidas | **Nivaldo Fernandes Barros**, 88 anos. Um passarinho que vivia assobiando por aí | **Noélla Sena Santos**, 69 anos. Professora amada por seus alunos e ex-alunos, era uma eterna adolescente em busca de felicidade | **Norberto Caumo**, 72 anos. Ao som dos seus discos de vinil rodopiava pela sala da casa, ora com a esposa, ora com a filha. | **Ocrisa Cândida Moreira**, 83 anos. Dona Ocrisa não era de telefonar para saber das pessoas de quem gostava, preferia ver com os próprios olhos | **Odaí Ribeiro Adolfo**, 61 anos. Nesse mundo, ela foi todo cafezinho com bolo, sequilho e tapioca | **Odair Leite da Silva**, 69 anos. Que exemplo de ser humano ele foi! | **Odete José Tartari**, 77 anos. Suas delicadas mãos, além de belas, eram habilidosas no preparo de deliciosos pratos | **Ofélia Gomes Campos**, 70 anos. Mais do que ensinar sobre palavras e números, a professora Ofélia ensinava a viver com amor e afeto | **Osvaldo Fernandes de Souza**, 77 anos. Os momentos mais preciosos para Seu Osvaldo eram passados em família, na fazenda: era lá o seu lugar de paz | **Palmarito Schvartzhaupt Vitt**, 74 anos. Qualquer bebê sorria para ele.

Paulo César Mansur Couri, 75 anos. Um homem do bem. Nasceu. Cresceu. Escolheu. Seguiu o que acreditava | **Pedro Zampronio**, 94 anos. Um italiano alto-astral, com forró nos pés, agricultura no coração e o Palmeiras no peito | **Penha Aparecida Cardoso da Silva**, 69 anos. Foi uma escola para muitos, sempre com humildade para ser também, uma aprendiz | **Quiteria Cordeiro dos Santos**, 85 anos. Aos 52 anos voltou a estudar e se formou em Letras. Adorava os holofotes, sempre souhou em aparecer na TV | **Quitéria Martins de Almeida**, 62 anos. Amava a família, a praia de Iracema e o bloco de carnaval "O cheiro é o mesmo" | **Rafael Lopes Martins da Rocha**, 61 anos. Com seu jeito amoroso e alegre, associava alto para acordar os netos e poder brincar com eles | **Rafael Ozuna Gomez**, 78 anos. Jamais desistiu de suas batalhas! | **Raimunda Assunção Sena de Jesus**, 63 anos. Amava ajudar, fosse em atos ou com palavras | **Raimunda Bonfim Silva**, 65 anos. Atrás das portas do seu salão de beleza, atendia clientes e distribuía gentileza e doçura | **Salvador Pereira Ramos**, 63 anos. Camarada alegre, que deixa de recordações o seu jeito feliz e as suas histórias mirabolantes | **Salvador Severiano de Santana**, 74 anos. Seresteiro que tinha o violão para cantar o amor | **Sebastiana Gonçalves da Silva**, 78 anos. Sua felicidade era estar com os seus e saber que tudo que são é um reflexo do amor que ela os dedicou | **Sebastiana Maria de Almeida**, 62 anos. Uma sonhadora querida por todos, que deixou muito amor por onde passou | **Sebastiana Mota de Oliveira**, 75 anos. Gostava de cuidar da horta e de suas rosas, sempre sorridente | **Severino Urbano Ferreira**, 91 anos. Sua vida perfumava até os mínimos instantes | **Sinval Miranda Silva**, 75 anos. Não trocava seu café com leite, acompanhado de um pãozinho, por nenhum outro prato, por melhor que fosse. | **Tabitha Maria Goulart de Souza**, 96 anos. Festiva, colorida e feliz, fazia da vida um carnaval. Era um paradoxo entre a delicadeza e a sede de viver | **Tai Takizawa**, 82 anos. De poucas palavras, mas nem eram necessárias. Seu sorriso falava por ele | **Tânia Cristina Joioso**, 61 anos. Tudo nela era superlativo | **Terenzio Pepe**, 72 anos. Habilidade e preciso com as mãos, nas horas vagas era chef e marceneiro — para a sorte dos filhos e netos | **Teresa da Conceição Araújo**, 81 anos. Era maravilhosa, pessoa angelical que não cansava de esbanjar amor | **Teresa de Jesus de Freitas Duque**, 90 anos. Com seu colinho quentinho e enorme coração, a menina das montanhas da Madeira acalentou sua família e deixou um lindo exemplo de vida | **Tulipa de Almeida Aguiar**, 80 anos. Se alguém citasse algum fato não anotado em seu caderno de memórias, ela dizia que não tinha acontecido | **Ubirajara Ribeiro Soares**, 72 anos. Seu amor era tão grande que chegava primeiro que ele. No que quer que fizesse. Onde quer que fosse | **Uelinton Jose Medeiros**, 78 anos. Vibrava a cada vitória de todas as pessoas, mesmo as mais distantes | **Umberto Giannobile**, 72 anos. Um ser humano memorável, essência da família e que apreciava aniversários | **Urbano do Amaral Silva**, 68 anos. Professor de matemática, somava amizades e multiplicava amor por suas netas | **Ursulino da Silva**, 85 anos. Bom de coração, ele era simplicidade total | **Vagner José Alves**, 72 anos. A alegria de todas as festas | **Valcir Barsanulfo de Aguiar**, 78 anos. Um enorme coração que buscava por justiça social e escrevia lindas poesias | **Valda Marinho da Silva**, 84 anos. Nordesteira que, entre cheias e secas, se fez forte e guerreira. | **Vicentina das Dores Ponceano**, 84 anos. Ela era uma supermãe! | **Vicentina Rinaldi**, 89 anos. Carregava consigo alegria e alto astral para iluminar o mundo | **Walber Marques**, 74 anos. Acordava no meio da noite para comer seu lanche preferido | **Waldemar Antonio de Souza**, 80 anos. Com perseverança, conquistou dois imóveis no prédio onde começou trabalhando como faxineiro | **Waldemiro Marques de Melo**, 86 anos. Gostava de sair aos sábados para tomar sorvete de doce de leite com a sua filha | **Xizelia Marassa Meibach**, 83 anos. Apesar de sua personalidade forte, Didi era a generosidade em pessoa | **Yandiara Ferreira da Silva**, 70 anos. Mãe, nordestina, descendente de indígenas e dona do melhor tempero do mundo | **Yara de Araújo Chêrfên Karam**, 85 anos. Era só falar em cozinha que ela saía correndo, preferia almoçar fora com a família | **Yara de Lurdes Martins**, 68 anos. Fazia tapetes com capricho, e gostava de presentear pessoas queridas com suas peças | **Yolanda Malhão Fernandes**, 88 anos. Uma amada contadora de histórias | **Yvone Moreira da Cruz**, 93 anos. Mulher à frente do seu tempo, foi a grande mãe da família, patrocinando sonhos e dando as broncas necessárias. | **Yvonne da Cunha Carvalho**, 83 anos. Conhecida por sua generosidade, distribuía mimos e agrados para quem a ajudasse nas pequenas tarefas do dia a dia | **Yvonne Gonçalves Pereira dos Passos**, 94 anos. Referência de sabedoria dos números e dos sorrisos, seguidos de um, sem igual. "Calhorda!" | **Yvonne Martins Teixeira**, 103 anos. Amante de pagode e fã do Roberto Carlos, cantava deliciosamente | **Zeila Duarte Lopes**, 86 anos. Delicada, elegante e amorosa, era Zeila a "cola" que unia a todos.

Em memória das inumeráveis¹ vidas e histórias interrompidas. Em solidariedade à dor de quem permaneceu para narrá-las.

¹"Inumeráveis" é o memorial virtual dedicado às vítimas da covid-19, de onde foram selecionados trechos de algumas das histórias publicadas para comporem a dedicatória desta tese. Disponível em: <www.inumeraveis.com.br>.

Agradecimentos

Trago guardadas pessoas que fazem parte de minhas memórias e afetos nesta árdua trajetória. Parafraseando o poeta Antônio Cícero¹, este exercício de guardá-las, no entanto, não é nostálgico, posto que não é feito de memórias encerradas no passado, perdidas da nossa vista. É o guardar que olha para uma memória viva, que fita, que admira, que ilumina e é por ela iluminado. Por isso, guardo essas pessoas nessas páginas para (res)guardar sua importância na minha história aberta por esta jornada.

À querida Maria Claire Sekkel, para a qual sempre me faltarão palavras para agradecer pela inefável experiência de ser sua orientanda. Vê-la viver seus discursos apaixonados e aguerridos no seu compromisso genuíno com a humanização, com a inclusão e com a transformação social é inspiração que ilumina. Admirá-la proporcionando formas de acolhimento, que sequer imaginei serem possíveis na frieza do ambiente acadêmico, é lição que transforma. Seu brilhantismo acadêmico, profissional e humano serão sempre guardados como um dos mais bonitos e transformadores exemplos que instigam a formas afetuosas e criativas de ser no mundo.

Às participantes desta pesquisa, por compartilharem comigo suas experiências, seus ensinamentos e a abertura do encontro. Por me permitirem compartilhar suas experiências com a potência da narrativa transmitida intergeracionalmente.

Às queridas professoras Ruth Lopes e Malu Schmidt, pelas cuidadosas e valiosas contribuições não apenas para a constituição desta pesquisa, mas para a atualização do sentido de minha práxis, de forma crítica, política e poética.

Às professoras Ianni Scarcelli e Marília Louvison, pelas leituras sensíveis e pela generosidade com que compartilharam seus saberes.

Ao grupo que ressignificou tantas sextas-feiras e tantos desassossegos existenciais. Agradeço pelas produções conjuntas e pelos afetos que extrapolam o domínio do Lattes. Estão guardadas e guardados: Adilson Souza, Bruna Borba, Cecília Pimentel, Erika Bizama, Luiza Goulart, Renata da Silva, Rosângela Neves, Paola Souza, Vivi Ceci Giral, Daniel Oliveira, Catarina Poker, Ana Carolina Carrer, Bárbara Palhuzi.

À minha principal e mais cara referência na Gerontologia Social, no “velhar”, no longeviver, Bernadete de Oliveira. Sou infinitamente grata pela honra da afetuosos parceria e pela profunda amizade, que são fundamentais na minha trajetória e que encantam minha vida.

Às mulheres excepcionais com quem tanto aprendi na Escola Municipal de Saúde, nos espaços de formação e de trocas que transformaram minha práxis. À Cláudia Abreu – sem a qual esta pesquisa, neste formato, não teria sido possível – que me acolheu com sua generosidade calorosa no Projeto Rede Sampa, e cuja vitalidade, paixão pela educação e Saúde Mental são exemplares. À Hideko Miura, por quem nutro um carinho profundo e uma admiração pela competência e dedicação em tudo o que faz. À Carmem Trautwein que me proporcionou lições sobre emancipação que marcaram fundo os meus afetos.

¹ CÍCERO, Antonio. Guardar - Poemas escolhidos. Rio de Janeiro: Editora Record, 1996.

Às queridas e extraordinárias mulheres da Escola Municipal de Saúde Regional Leste, Rosângela Correia, Erica Miai, Elisa Abreu, que durante anos me permitiram o privilégio de viver a EMSR Leste como lar, e me ensinaram importantes lições sobre o fazer crítico e comprometido com a potência do território.

Ao grupo do Projeto Rede Sampa, Paulo Amarante, Kiki Bodini, Andrea Atilano, Bernadete de Oliveira, Pedro Ivo, Stellamaris Pinheiro, Helton Lima, Pedro Gava, Eduardo Torre, Daniela Canguçu, Aline Godoy, Andrea Dias, Rose Toledo, Laura, pelas reflexões sempre profícuas e experiências de sentido partilhadas.

Aos trabalhadores e trabalhadoras do Instituto de Psicologia da USP, em especial à Olivia, Sandra e Nancy do PSA, ao Gustavo da CPG, ao Renato, Wanderley e Lucila da biblioteca, que preencheram de acolhimento, escuta e bons encontros os espaços do IP.

A todas as trabalhadoras e trabalhadores do SUS que tanto me ensinaram na sua condição de estudantes e professores.

À equipe de trabalho da “Casinha” do Instituto Sedes Sapientiae, espaço onde, nos últimos anos, foi-me possível contribuir e valorizar seu pioneirismo na Gerontologia Social brasileira. Sou grata pelos bons encontros e construções com Bernadete de Oliveira, Dolores Toloi, Luigi Ribeiro, Denis Cezar Musial, Elza Araujo, Luciana Angelo, Vera Ferretti, Thaís Pranzetti, Marcia Mandelli, Sina Placzek e Maria Miretzcky.

Ao João Gustavo dos Santos, por ser presença e amor que cultiva novos lugares em mim. Pelas contribuições fundamentais nos momentos mais difíceis dessa travessia.

Aos meus pais, Nelia e Sinval, por serem o esteio que confere sentido à vida e por serem amor incondicional. Jamais poderei agradecê-los por tanto. À Clarissa, Maurício e todos os familiares queridos pela torcida carinhosa.

Às amigas que são ninho e inspiram voos, que acompanharam de perto e de longe essa construção. Àquelas que trilharam comigo os caminhos da Psicologia, representadas aqui pelos nomes de Joana Amélia, Flávia Lima, Fernanda Ribeiro, Maiara Alves, Lucas Leite, Izamar Figueiredo, Lívia Araújo e à querida Stéphaney Proença pelo companheirismo vivo.

Ao Marcos Sugiura, por me conduzir pelos tortuosos percursos da psicoterapia.

Ao CNPq pela concessão de bolsa de pesquisa.

O passado traz consigo um índice secreto, que o impele à redenção. Pois não somos tocados por um sopro do ar que envolveu nossos antepassados? Não existem, nas vozes a que agora damos ouvidos, ecos de vozes que emudeceram? (BENJAMIN, 2012, p. 242)

RESUMO

GONÇALVES, Priscila Leite. As velhices e a covid-19: experiências no contexto das políticas públicas de saúde durante a pandemia no município de São Paulo. 2022. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

A pandemia da covid-19 exacerbou a precariedade da vida de pessoas idosas no corrente cenário brasileiro de crise sanitária, econômica, social, política e institucional. Inscrever as experiências das velhices nos registros de um tempo histórico de pandemia conjuga-se ao compromisso ético-político de reverberar as vozes, as memórias e as lutas de sujeitos históricos silenciados pelos documentos oficiais. Esta pesquisa buscou lançar luz sobre o exercício de narração e as condições de elaboração e transmissão da experiência de pessoas idosas e profissionais de saúde, no contexto das determinações pandêmicas nos serviços públicos da Atenção Básica em Saúde do município de São Paulo. A perspectiva teórico-metodológica da investigação se inspira na proposta de reflexão digressiva e anticartesiana de Walter Benjamin, tomando as velhices como objetos de contemplação de modo a iluminá-las em seus diversos estratos de significação. O *corpus* documental da pesquisa foi composto por depoimentos orais – colhidos por meio de entrevistas semiestruturadas através da plataforma *Google Meet* – de três profissionais Técnicas em Serviço de Saúde e de uma pessoa idosa usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Também foram utilizados os dados provenientes de um questionário respondido por 54 profissionais de saúde (técnicos em enfermagem, em farmácia e em vigilância em saúde), participantes da unidade “Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa” do curso de “Especialização Técnica de Nível Médio em Saúde Mental” do Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana, ofertado pela Escola Municipal de Saúde no ano de 2020. Os dados qualitativos foram tratados à luz da análise de conteúdo e discutidos a partir de autores da Escola de Frankfurt, incluindo outros autores contemporâneos. Como ferramenta de apoio para a análise dos questionários, foi utilizado o *software* NVivo (versão 1.6.1). A análise suscitou reflexões sobre os tensionamentos da assistência prestada pelos agentes implementadores das políticas públicas voltadas às velhices durante a pandemia da covid-19, em especial no que tange à formação e atuação de profissionais de saúde. Dentre os resultados das análises que compõem um mosaico de sentidos, coletivos e individuais, para as experiências das velhices no esgarçado tecido social pandêmico, destaca-se o etarismo naturalizado nas práticas assistenciais em saúde, relacionado ao empobrecimento da experiência, à precarização e superexploração do trabalho de profissionais de saúde frente à emergência da covid-19, preterindo-se o cuidado de pessoas idosas com comorbidades e em situação de vulnerabilidade social. Destaca-se, também, a importância da realização de um curso de educação permanente de profissionais do SUS durante a pandemia, tendo a experiência do longeviver como centro do processo de educação emancipatória, que contribuiu para a organização de atendimentos voltados às necessidades sociais e de saúde da população idosa, sendo promotor da resistência às situações de opressão, à hipermedicalização da vida, ao etarismo e à heteronomia nos equipamentos de saúde. Recomenda-se a priorização de espaços coletivos de reflexão sobre as experiências de pessoas idosas e profissionais da saúde para fortalecer o processo de humanização da atenção à saúde e o próprio SUS.

Palavras-chave: Velhices; Experiência; Pandemia; Educação na Saúde; Formação de Trabalhadores do SUS.

ABSTRACT

GONÇALVES, Priscila Leite. Old age and covid-19: experiences in the context of public health policies during the pandemic in the city of São Paulo. 2022. Thesis (Doctorate) – Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2022.

The covid-19 pandemic exacerbated the precariousness of older people lives in the current Brazilian scenario of health, economic, social, political and institutional crisis. Inscribing the experiences of old age in the records of a historic time of pandemic is conjugated with the ethical-political commitment to reverberate the voices, memories and struggles of historical subjects silenced by official documents. This research sought to shed light on the exercise of narration and the conditions of elaboration and transmission of the experience of older people and health professionals, in the context of pandemic determinations in public services of Primary Health Care in the city of São Paulo. The theoretical-methodological perspective of the investigation is inspired by Walter Benjamin's proposal of digressive and anti-cartesian reflection, taking old age as object of contemplation in order to illuminate it in its different strata of meaning. The documentary corpus of the research was composed of oral testimonies - collected through semi-structured interviews through the Google Meet platform - from three Technical professionals in Health Service and an elderly person using the Unified Health System (SUS). Data from a questionnaire answered by 54 health professionals (technicians in nursing, pharmacy and health surveillance) were also used. These professionals participated in the unit "Psychosocial Care for the Elderly" of the course "Medium Level Technical Specialization in Mental Health", from the "Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana", offered by the "Escola Municipal de Saúde" in 2020. Qualitative data were treated in the light of content analysis and discussed based on the authors of the Frankfurt School, including other contemporary authors. As a support tool for the analysis of the questionnaires, the NVivo software (version 1.6.1) was used. The analysis raised reflections on the tensions in the assistance provided by the agents implementing public policies aimed at old age during the covid-19 pandemic, especially with regard to the training and performance of health professionals. Among the results of the analyzes that make up a mosaic of collective and individual meanings for the experiences of old age in the frayed social fabric of the pandemic, the naturalized ageism in health care practices stands out, related to the impoverishment of the experience, the precariousness and overexploitation of the work of health professionals in the face of the covid-19 emergency, neglecting the care of older people with comorbidities and in situations of social vulnerability. The importance of carrying out a course of continuing education for SUS professionals during the pandemic is also highlighted, with the experience of longevity as the center of the emancipatory education process, which contributed to the organization of care aimed at social needs and older people social needs, promoting resistance to situations of oppression, the hypermedicalization of life, ageism and heteronomy in health facilities. Prioritization of collective spaces for reflection on the experiences of older people and health professionals is recommended to strengthen the process of humanization of health care and the SUS itself.

Keywords: Old Age; Experience; Pandemic; Health Education; Training of SUS Workers.

Lista de abreviaturas e siglas

AB	Atenção Básica
AE	Ambulatório de Especialidades
AMPI	Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEDEPS	Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde
CEFOR	Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
CESGEC	Coordenadoria de Educação em Saúde e Gestão do Conhecimento
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
EMS	Escola Municipal de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ETSUS	Escola Técnica do SUS
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAI	Programa Acompanhante de Idosos
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PRS	Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana
PS	Pronto Socorro
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RASPI	Redes de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde

TCC	Trabalho de conclusão de curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
URSI	Unidade de Referência à Saúde do Idoso
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UVIS	Unidade de Vigilância em Saúde

Lista de ilustrações

Figura 1 – Nuvem de palavras do campo temático das experiências de cuidado com as velhices

Figura 2 – Nuvem de palavras do campo temático sobre os saberes das experiências de cuidado com as velhices

Figura 3 – Nuvem de palavras do campo temático das perspectivas sobre as velhices

Lista de tabelas

Tabela 1 – Exemplos de discursos etaristas veiculados na mídia brasileira durante a pandemia de covid-19

Tabela 2 – Frequência de termos-chave e palavras similares em ordem de ocorrência no campo temático das experiências de cuidado com as velhices

Tabela 3– Frequência de termos-chave e palavras similares em ordem de ocorrência no campo temático sobre os saberes das experiências de cuidado com as velhices

Tabela 4 – Frequência de termos-chave e palavras similares em ordem de ocorrência no campo temático das perspectivas em relação às velhices

Sumário

Apresentação: ensaiando palavras na urdidura da memória.....	17
Introdução.....	22
1. Reflexões sobre a pandemia da covid-19 no Brasil: fragmentos históricos, políticos e críticos de seus impactos sobre as velhices	33
1.1 Entre a tempestade do progresso e as ruínas da pandemia.....	34
1.2 As velhices e a pandemia: novas expressões de velhos preconceitos.....	39
1.3 Freio de emergência: Políticas de Cuidado, políticas de Vida	43
2. No contrapelo das políticas públicas: percursos metodológicos para o desvelamento das velhices no Sistema Único de Saúde	47
2.1 Sobre a contemplação do mosaico pesquisado.....	48
2.2 Considerações teóricas e metodológicas	50
2.3 Compendo o universo da pesquisa	52
2.4 Análise dos dados	56
2.5 O cenário da produção de conhecimentos: a escola formadora de trabalhadoras e trabalhadores para o SUS	58
2.5.1 A Escola Municipal de Saúde	59
2.5.2 Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana.....	61
3. Por um registro da pandemia na versão dos vencidos	63
3.1 Questionários com profissionais do SUS participantes do curso de educação permanente da Escola Municipal de Saúde	64
3.1.1 “Minha experiência com a pessoa idosa vai muito além do trabalho”: experiências de cuidado com as velhices	68
3.1.1.1 Relações intergeracionais de solidariedade	71
3.1.1.2 Caracterização socioeconômica e de saúde da amostra de pessoas idosas.....	72
3.1.1.3 Acessibilidade aos serviços de saúde	76
3.1.1.4 Vínculo profissional-usuário	78
3.1.1.5 Sentimentos	80
3.1.2 “A urgência em mudar essa cultura, começando por nós mesmos”: os saberes das experiências de cuidado com as velhices	82

3.1.2.1 O saber das informações.....	87
3.1.2.2 O saber das experiências	90
3.1.3 “Que envelhecer não se torne uma sentença”: perspectivas sobre as velhices	92
3.1.3.1 Velhices em devir	95
3.1.3.2 Novas regências para conjugações etaristas do envelhecer.....	96
3.1.3.3 Políticas públicas e cuidados territoriais	98
3.1.3.4 O papel das profissionais de saúde	99
3.2 História oral temática sobre as velhices em meio à pandemia: os depoimentos das entrevistadas	101
3.2.1 A palavra-afeto de Laura.....	103
3.2.2 A palavra-resistência de Vera	108
3.2.3 A palavra-transformação de Ester	113
3.2.4 A palavra-alinhavo de Célia.....	119
3.3 As vozes das velhices sob o signo da covid-19.....	123
3.3.1 A covid-19 como sindemia e os desafios na Atenção Básica em Saúde.....	123
3.3.2 Sobre o cuidado em saúde “a contrapelo” durante a pandemia	129
3.3.3 Concepções sobre as velhices e o empobrecimento da experiência.....	136
3.3.4 Educação pela velhice	140
3.4 Velhices sobre tela: experiências de uma pesquisadora do longeviver em meio à pandemia.....	144
4. Sobre Velhices e Psicologia	149
4.1 As velhices enquanto objetos da Psicologia no Brasil: um percurso histórico	149
4.2 Considerações sobre as contribuições da Psicologia no contexto da educação na saúde	154
5. Considerações finais	158
Referências	162
Apêndices	174
A - Carta convite às depoentes - profissionais	174
B - Carta convite às depoentes – pessoas idosas	175
C – TCLE	176
D - Solicitação de consentimento livre e esclarecido retroativo	179
E - Orientações para acesso à plataforma de videochamada Google Meet – depoentes.....	181

F - Roteiro de entrevista semiestruturada	182
G – Questionário do Curso de Educação Permanente - Projeto REDE SAMPA – Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa	183

Apresentação: ensaiando palavras na urdidura da memória

Pois um acontecimento vivido é finito, ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que o acontecimento rememorado é sem limites, pois é apenas uma chave para tudo o que veio antes e depois (BENJAMIN, 2012, p. 38-39).

Passados anos desde a deflagração da pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2) no Brasil, em março de 2020, o ato de rememorar e de reconhecer as vivências aterradoras da covid-19² parece ter se transformado num ato prescindível, por vezes indesejado, com dupla significação: seja pela exaustão diante da desproporção e persistência das experiências não compartilháveis do trauma, ou pela indiferença diante da barbárie cotidiana que mal reconhece os efeitos da pandemia no presente – ambas convergindo para o embotamento dos afetos. Walter Benjamin alerta para a nossa dificuldade em viver experiências liminares nas sociedades capitalistas – tanto do ponto de vista espiritual, intelectual e/ou sensorial frente ao tempo reduzido e suas transições encurtadas – dificuldade esta que pode ter se transformado na aterrorizante incapacidade “de não ousar mais experimentar nem a intensidade da vida nem a dor da morte, e seguir vivendo num limiar de indiferença e de indiferenciação, como se essa existência administrada fosse a vida verdadeira” (GAGNEBIN, 2014, p. 38).

Nesse sentido, memória e reconhecimento, nessa zona limiar da pandemia em que nos encontramos, configuram-se como atos ético-políticos de resistência a uma existência administrada que negligencia nossas vidas e nossos mortos. É preciso ouvir e amplificar as vozes que compartilham experiências para conferir contornos de sentido e de transformação para os acontecimentos vividos durante a pandemia – pois os acontecimentos rememorados também podem adquirir importância insuspeitada no decurso do tempo.

Os sentidos e fundamentos que originaram esta pesquisa remetem a um sem-fim de (des)caminhos que conectam o que antecede e precede o estudo aqui apresentado. O próprio processo de construção narrativa desta tese atravessou reviravoltas, transitou entre limiares e compôs desvios. Inspirada por Walter Benjamin a realizar um exercício de reminiscência, cujo

² Adota-se, nesta tese, a grafia “covid-19”, antecedida pelo artigo feminino definido “a”, para se referir à doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, oficialmente denominada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desde fevereiro de 2020, como “covid-19”, sigla em inglês para “Corona Virus Disease”. O número “19” é uma alusão ao ano de 2019, quando os primeiros casos da doença surgiram província de Hubei, na República Popular da China. Por se tratar de uma sigla que dá nome a uma doença, o substantivo comum da língua portuguesa “covid-19” será grafado com letras minúsculas, como outras doenças. Ver mais em: <<https://www.trf3.jus.br/emag/emagconecta/conexaoemag-lingua-portuguesa/covid-19/>>; <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 08 jan. 2022.

corolário acumula menos o rigor descritivo dos fatos do que as experiências de semelhança para a atribuição de sentido aos acontecimentos, ilumino algumas passagens que conduziram à artesanaria desta tese. Tal processo artesanal de inventariar experiências históricas é urdido em seus fragmentos, em que sobressaia não sua linearidade cronológica, mas antes os entroncamentos e tensionamentos que mantêm o passado e o presente em confluência. Ademais, como este exercício de rememoração abarca vasta experiência de alteridade nos atravessamentos de narrativas coletivas em minha narrativa enquanto pesquisadora, cabe dizer de uma co-memoração da existência em tempos mórbidos.

Três principais sentidos marcam esta apresentação-memorial, que tenciona apresentar às leitoras e leitores o processo artesanal de puxar os fios que teceram a narrativa desta tese. Tomando como elemento mimético as Moiras³ da mitologia grega – as três fiandeiras irmanadas que criam, tecem e interrompem os fios do destino – almejo referenciar o processo de fiar essa experiência, para então descrever o emaranhado e o desenrolar deste fio e pautar, sobretudo, o corte – a cesura da morte que atravessa todos os processos de vida e de criação desta escrita. Assim, nesta trama é possível percorrer alguns dos fragmentos que recuperam os fundamentos pessoais (a tessitura da experiência), acadêmico-científicos (o desdobramento dos fios da pesquisa) e sociais (os talhos do tecido social esgarçados durante a pandemia) que originam este trabalho, reconhecendo o desafio de – entre ruínas – escrever esta tese.

Apresento, brevemente, o primeiro sentido originário de experiências paradoxais em minha história de vida pessoal – experiências que, muitos anos mais tarde, me aproximaram da Psicologia e da Gerontologia enquanto campos contíguos de atuação profissional. A tênue relação entre vida e finitude transversalizaram e potencializaram as experiências da minha infância. Nunca me foram naturais as associações entre a doença e a morte como reservadas à velhice. A perda precoce de minha avó materna na soleira da velhice, aos 59 anos de idade, conduziu-me ao desejo de uma redenção para o longeviver – da minha avó e de tantas outras. A precariedade da infraestrutura dos serviços de saúde na minha pequena e interiorana cidade natal nas Minas Gerais também fez fulgurar o desejo de reparação do sistema de saúde no presente. Assim, depois de ter encontrado na Psicologia a possibilidade de engendrar mundos por meio da linguagem, incorporei no meu saber-fazer a luta para que as velhices tenham seus direitos garantidos – como o direito à atenção integral à saúde. A prospecção de um pensar e

³ As Moiras, segundo a cultura grega antiga, eram divindades mitológicas que personificavam a determinação do destino da vida humana e dos deuses, representadas por três irmãs fiandeiras (Cloto, Láquesis e Átropos), com funções distintas. Cloto tecia o fio da vida, Láquesis desenrolava este fio e Átropos era responsável por cortá-lo e eliminá-lo (BEZERRA; NEVES, 2017).

um fazer político que perpassa a experiência dos sujeitos impulsionou o intento de discutir, nesta pesquisa, o processo de educação no trabalho em saúde e as contradições – rompimentos e criações – da assistência prestada pelos agentes implementadores das políticas públicas voltadas para a população idosa.

O segundo sentido para os desdobramentos da presente pesquisa, de natureza acadêmico-científica, remete à minha experiência de atuação profissional repleta de transformações, outramentos e ressignificações de notável importância na minha formação. Embora meu percurso na pesquisa e no trabalho com a velhice tenha se iniciado em 2009, a transformação se deu entre os anos de 2015 e 2020, quando atuei como docente na Escola Municipal de Saúde (EMS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em São Paulo, ministrando cursos de educação permanente para profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de abarcar a integralidade do cuidado na atenção à saúde da população idosa usuária dos serviços públicos de saúde.

Aproximando de uma concisa descrição dos aspectos formais do curso e do movimento de construção de políticas que considerem as pessoas idosas como prioridade, vale destacar o curso “Gerenciamento de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa”, que ministrei entre 2015 e 2018, e o curso de “Especialização Técnica de nível médio em Saúde Mental” do Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana, do qual participei em 2020 e que é objeto deste estudo. Ambos os projetos foram desenvolvidos com recursos financeiros do Ministério da Saúde, privilegiando o investimento na formação de profissionais técnicos de saúde e o fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS, contemplando as áreas estratégicas prioritárias para o nível de aperfeiçoamento e capacitação (BRASIL, 2011). A proposta da formação delineada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para o curso “Gerenciamento de cuidados” teve como objetivo oferecer conhecimentos especializados em gerontologia a auxiliares e técnicos de enfermagem da Atenção Básica, promovendo reflexões sobre as estratégias adequadas ao atendimento de pessoas idosas através do desenvolvimento e aplicação de projetos de intervenção no território, além de fomentar a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, contribuindo para a acessibilidade do usuário aos equipamentos de saúde, a saber: Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa Acompanhante de Idosos (PAI), Unidade de Atendimento Domiciliar (UAD), Unidade de Referência de Saúde do Idoso (URSI), alocados na Coordenadoria Regional de Saúde Leste da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. No “Curso de Especialização Técnica de Nível Médio em Saúde Mental”, o objetivo foi promover a educação na saúde dos(as) profissionais do SUS técnicos(as) de farmácia, enfermagem e vigilância em saúde,

qualificando-os(as) para o cuidado em saúde mental e fortalecendo vínculos familiares, sociais e a própria articulação intersetorial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (ABREU, 2019).

No que tange à construção da prática pedagógica dos cursos da EMS, privilegiou-se a metodologia da problematização, a qual está calcada nas cinco etapas do arco de Maguerez e conduz o educando ao afastamento e à reaproximação da realidade num processo de aprendizagem significativo: parte-se da observação da realidade e de uma leitura sincrética do problema para, num segundo momento, elencar os pontos-chave e variáveis ali imbricados, analisando a realidade em sua multideterminação. A terceira etapa, que compreende a teorização, promove uma visão analítica a partir de conhecimentos científicos e estímulos à reflexão e à criticidade, discutindo e analisando os dados obtidos de modo a alcançar uma síntese provisória, que consiste na etapa da formulação de hipóteses de solução. Por fim, após encontrar as soluções mais viáveis à transformação do que se estava estudando, os alunos procedem à aplicação em sua realidade (BORDENAVE; PEREIRA, 2004). Vale ressaltar os constantes exercícios intelectuais e sociais promovidos pela metodologia da problematização, possibilitando aos discentes/profissionais a apreensão da realidade por meio de observação, análise e síntese, visando ao balizamento dos primeiros passos para possíveis soluções de situações problema mediante a dialogicidade e a criatividade.

Nessa minha trajetória de aproximadamente cinco anos de atuação próxima à realidade da atenção à pessoa idosa, em mais de uma centena de serviços de saúde de todas as regiões de São Paulo onde trabalham os(as) profissionais-estudantes-protagonistas dos cursos de educação permanente com quem atuei, tivemos experiências tão inéditas quanto transformadoras – o que se deve ao próprio delineamento dos cursos pela EMS. Tais construções envolveram o desafio de uma constante articulação entre conteúdos teóricos e o saber local, mapeando os territórios da atuação profissional e da atenção à pessoa idosa nas unidades de saúde, percorrendo caminhos e ruínas até o lugar em que academia e periferia subitamente fizessem – e perdessem – fronteiras. A partir da própria metodologia da problematização – a qual aprendi, de fato, na EMS – foi possível propor estratégias para que estudantes/profissionais pudessem se abrir à experiência das pessoas idosas atendidas nas unidades, afastando-se das concepções, imagens e estereótipos que dispunham em relação à velhice e fomentando a capacidade de produzir semelhanças⁴ com a heterogeneidade das velhices nos territórios. Cabe destacar que o elemento principal destas formações – e que trataremos ao longo desta tese – é o compartilhar das *experiências*.

⁴ O conceito de semelhança e *mimesis* no pensamento benjaminiano serão abordados na introdução e discussão deste trabalho.

Por fim, o terceiro elemento que abarca a cesura da morte, os talhos do tecido social na pandemia, caracteriza-se como o ponto de inflexão desta tese. Tornou-se inescapável registrar a deflagração da covid-19 no país e a amplificação da iniquidade, das violências e preconceitos estruturais de classe, raça/etnia e gênero que asseveraram a desproteção da população idosa. Não foi sem razão que a dedicatória desta tese – estando repleta de histórias em cada nome de uma pessoa idosa ali registrado e na qual se encontram, não escritos, os nomes de todos nós – tenciona trazer para o contorno da linguagem o signo da amplidão do vazio deixado pela pandemia. “Não há quem goste de ser número / Gente merece existir em prosa” é o mote do memorial “Inumeráveis” dedicado às vítimas da pandemia e suas histórias⁵. Diante do inumerável e do inominável, é preciso reaprender a nomear, ensaiar palavras para a urdidura da memória.

Assim, é sobre a catástrofe escancarada pela pandemia que emerge a necessidade de registrar a cronologia de um período de crises sem precedentes, a partir do ponto de vista dos oprimidos. Uma artesanaria que tenciona o puxar de fios das experiências das velhices no cenário pandêmico com vistas a destruir o fio de opressões e violências do “*continuum* da história” benjaminiano e manter em segurança, inclusive, os nossos mortos.

⁵ Disponível em: <<https://inumeraveis.com.br/>>. Acesso em: 15 out 2021.

Introdução

[...] Se o passado não tem nada para dizer ao presente, a história pode permanecer adormecida, sem incomodar, no guarda-roupa onde o sistema guarda seus velhos disfarces. O sistema esvazia nossa memória, ou enche a nossa memória de lixo, e assim nos ensina a repetir a história em vez de fazê-la. As tragédias se repetem como farsas, anunciava a célebre profecia. Mas entre nós, é pior: as tragédias se repetem como tragédias (GALEANO, 2017, p. 121).

O atual cenário brasileiro de crise institucional, política, econômica e social, agravado pela pandemia da covid-19 que assola o mundo e, com maior gravidade, a parcela mais vulnerável da população, exacerbou a omissão do poder público em relação à proteção das pessoas idosas. Não obstante a garantia dos direitos fundamentais das velhices preconizados na Constituição Federal e no Estatuto da Pessoa Idosa, perdura nessa sociedade capitalista-ocidental-pandêmica a hostilidade e a negação em relação à velhice, o isolamento, o preconceito e a violência contra velhos e velhas, em um país cada vez mais – e rapidamente – envelhecido. Refletir sobre as experiências das velhices e a atenção integral à saúde da pessoa idosa nesse cenário de pandemia implica trazer à luz questões de gênero, classe e raça/etnia que intensificam as situações de vulnerabilidade nos territórios, sendo premente defender a garantia de políticas de saúde e proteção social que zelam pela participação e pela vida das pessoas idosas.

Em face do proeminente fenômeno do envelhecimento populacional, resultado da redução das taxas de fecundidade e mortalidade decorrentes de avanços tecnológicos e transformações sociais, econômicas, políticas e de saúde, os desafios que já se apresentavam à sociedade, ao Estado e aos indivíduos ante o longeviver se atualizam com a deflagração da pandemia. Ainda que as repercussões da transição demográfica e epidemiológica da população tenham sido alvo de estudos, políticas e incentivos nas últimas décadas, em âmbito nacional e mundial, faz-se premente ampliar discursos e ações que vislumbrem a heterogeneidade das velhices, atentando para a construção social, cultural e histórica da imagem desta coorte para o combate ao pervasivo preconceito contra essa população.

Desta forma, intentando contextualizar a inscrição das velhices na sociedade contemporânea, é mister refletir sobre a desvalorização do velho na cultura ocidental, destacando as estruturas sociais de dominação em relação à velhice em seu movimento histórico, a constituição das categorias identitárias vinculadas ao processo de envelhecimento nas últimas décadas e, ainda, promover discussões sobre o empobrecimento da experiência,

destacando a importância desta última para a produção de narrativas, para a humanização e combate ao preconceito etário. Logo, esta introdução se delinea a partir de referenciais teóricos que consideram a relação entre indivíduo, sociedade e natureza na origem e no desenvolvimento do preconceito contra pessoas idosas, o que possibilita balizar as atitudes e percepções que orientam as políticas públicas de proteção e inclusão das mesmas, compondo a estrutura argumentativa que organiza as reflexões apresentadas nos capítulos que se seguem nesta tese.

Partindo de uma perspectiva do referencial da Teoria Crítica acerca da formação para a barbárie no mundo administrado, é pertinente apresentar reflexões sobre a dominação pela razão formalizada e instrumentalizada que leva os mecanismos de controle social à sua máxima na velhice. Em 1941, Marcuse publica o texto “Algumas implicações sociais da tecnologia moderna”, no qual aborda os novos padrões de racionalidade e de individualidade engendrados no processo tecnológico. Nos séculos XVI e XVII, a ideia de indivíduo – amalgamada a partir de referências econômicas, políticas e religiosas – dizia respeito ao

sujeito de certos padrões e valores fundamentais que nenhuma autoridade externa deveria desrespeitar. Esses padrões e valores diziam respeito às formas de vida, tanto social como pessoal, que se mostravam mais adequadas ao desenvolvimento total das faculdades e habilidades do homem. Justamente por isso, eram a “verdade” de sua existência individual e social. O indivíduo, como ser racional, era considerado capaz de encontrar estas formas através de seu próprio raciocínio e, uma vez que tivesse adquirido a liberdade de pensamento, capaz de efetuar a ação que as transformasse em realidade. O dever da sociedade era conceder ao indivíduo tal liberdade e eliminar todas as restrições à sua linha de ação racional (MARCUSE, 1999, p. 75).

Nesse sentido, segundo o autor, se se condicionava o interesse próprio racional ao pensamento autônomo, o princípio do individualismo colocava o indivíduo contra a sua sociedade, de modo que ao indivíduo livre cabia superar o sistema de ideias, valores e padrões de ordem social, para buscar e promover as ideias, valores e padrões que se adequassem ao interesse racional. A efetivação da racionalidade individualista, então no contexto de uma sociedade em que a racionalidade não era central e determinante, dependia de um cenário social e econômico adequado, encontrando na sociedade liberal seu ambiente apropriado e adquirindo grande centralidade e poder de determinação das diversas dimensões da vida.

Na esfera da livre concorrência, os feitos tangíveis do indivíduo que transformava seus produtos e ações em parte das necessidades da sociedade eram as marcas de sua individualidade. No decorrer do tempo, no entanto, o processo de produção de mercadorias solapou a base econômica sobre a qual a racionalidade individualista se construiu. A mecanização e a racionalização forçaram o competidor mais fraco a submeter-se ao domínio das grandes empresas da indústria mecanizada que, ao

estabelecer o domínio da sociedade sobre a natureza, aboliu o sujeito econômico livre (MARCUSE, 1999, p. 76).

Logo, o poder tecnológico é favorecido pelo princípio da eficiência competitiva, ao passo que favorece a concentração do poder econômico e afeta a racionalidade do aparato a que serve. A tecnologia, portanto, é considerada por Marcuse como um processo social, uma forma de organização das relações sociais, ou um instrumento para dominar e controlar.

Segundo o mesmo autor, na era da máquina a racionalidade individualista converte-se em racionalidade tecnológica, racionalidade esta que é caracterizada por um pensamento que, a partir da organização e do controle do sistema produtivo, estabelece o controle que se estenderia tanto para o campo da técnica quanto para os demais âmbitos da vida, predispondo os homens a introjetarem o domínio do aparato industrial. Adaptar-se ao aparato industrial significa ser bem-sucedido, e os indivíduos renunciam à liberdade e à autonomia sob os ditames da própria racionalidade – o conjunto de procedimentos e meios de aplicação da razão às questões práticas da vida. Desta feita, o rito se sobrepõe à própria razão.

Nessa direção, a obra “Dialética do Esclarecimento” redigida por Adorno e Horkheimer durante a década de 1940, compreende um estudo acerca do movimento histórico da humanidade em regressão a uma nova forma de barbárie. Os autores consideram que o saber – nos moldes do esclarecimento – traduz-se em poder, subtraindo do pensamento qualquer elemento mágico, de mistério, de reflexão e crítica. A lógica formal da ciência moderna reificou o pensamento num processo autônomo e automático, oferecendo aos esclarecedores a presunção de estarem livres do medo por não haver mais nada de desconhecido. A razão deixou de ser um meio para tornar-se um fim, e o pensamento converteu-se em instrumento, uma vez que “o esclarecimento pôs de lado a exigência clássica de pensar o pensamento [...], e o procedimento matemático tornou-se, por assim dizer, o ritual do pensamento” (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 33).

A natureza desencantada, isto é, a retirada da vida daquilo que tem vida pelo esclarecimento, representa o desencantamento do sujeito que, enquanto natureza, também se torna objeto de dominação. Outrossim, denota o quanto o esclarecimento é a “radicalização da angústia mítica” (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 26), é a própria regressão ao mito que intentava combater, contraditoriamente, com seu culto aos fatos.

O que aparece como triunfo da racionalidade objetiva, a submissão de todo ente ao formalismo lógico, tem por preço a subordinação obediente da razão ao imediatamente dado. [...] O formalismo matemático, cujo instrumento é o número, a figura mais abstrata do imediato, mantém o pensamento firmemente preso à mera

imediatidade. O factual tem a última palavra, o conhecimento restringe-se à sua repetição, o pensamento transforma-se na mera tautologia. Quanto mais a maquinaria do pensamento subjuga o que existe, tanto mais cegamente ela se contenta com essa reprodução. Desse modo, o esclarecimento regride à mitologia da qual jamais soube escapar (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 34).

O caráter totalitário do esclarecimento, ao subjugar a racionalidade ao seu preceito de dominação, acaba por recair no mito pelo seu próprio medo da verdade, ao passo que o mito continha componentes de esclarecimento ao apresentar uma explicação do mundo. Nesse projeto de emancipação humana, todavia, o homem é condenado à repetição – enquanto explicação de todo acontecimento e submissão à lei. A dominação é natureza não reconciliada, que retorna ao reduzir a vida à repetição, estabelecendo o empobrecimento do pensamento e da experiência e a regressão das massas.

A humanidade, cujas habilidades e conhecimentos se diferenciam com a divisão do trabalho, é ao mesmo tempo forçada a regredir a estágios antropológicamente mais primitivos, pois a persistência da dominação determina, com a facilitação técnica da existência, a fixação do instinto através de uma repressão mais forte. A fantasia atrofia-se. [...] A adaptação ao poder do progresso envolve o progresso do poder, levando sempre de novo àquelas formações recessivas que mostram que não é o malogro do progresso, mas exatamente o progresso bem-sucedido que é culpado de seu próprio oposto. A maldição do progresso irrefreável é a irrefreável regressão (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 40-41).

Logo, quanto mais se progride, mais se regride em virtude da dominação. Eis a dialética do esclarecimento, através da qual “os homens se reconvertem exatamente naquilo contra o que se voltara a lei evolutiva da sociedade, o princípio do eu: meros seres genéricos, iguais uns aos outros pelo isolamento na coletividade governada pela força” (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 41). Por conseguinte, os elementos próprios do esclarecimento – a redução do homem a algo já conhecido, desencantado e reificado, a identificação negada e/ou a negação da identificação com o outro para proteger o eu constantemente ameaçado, a rejeição da experiência – configuram-se analogamente enquanto componentes do preconceito, e os mecanismos de controle social são levados às últimas consequências na última fase do processo de envelhecimento humano, a velhice.

Os fenômenos de intolerância e autoritarismo que impactaram politicamente as sociedades no século XX despertaram o interesse de cientistas sociais por pesquisar o tema do preconceito, e um dos objetos sociais que passou a integrar a pauta dos pesquisadores foi a velhice (NERI, 2006).

A psicóloga Anita Neri (2006, p. 1317), em um estudo sobre as atitudes em relação à velhice, afirma que o conceito de velhice é um construto sociocultural e histórico, cuja “marca

social [...] é estar em oposição à juventude. Segundo a pesquisadora, em todas as culturas e em todos os tempos históricos existe forte associação entre velhice, dependência, afastamento, improdutividade, isolamento, desvalorização social, doença, incapacidade, declínio e morte”. Por outro lado, a antropóloga Maria Helena Concone (2007, p. 33-34) assinala que, em meio às demarcações socioculturais em sociedades que concebem a energia ou força vital como parâmetro de construção de mundo,

o significado de ser velho não é o mesmo significado nosso. Aquelas ideias de perda e de degradação física e social não têm, aqui, qualquer lugar. No contexto da sociedade brasileira, que, majoritariamente, se pauta pelos padrões das sociedades ocidentais modernas, vamos reencontrar nas religiões afro-brasileiras o reconhecimento do papel da ancestralidade e o peso positivo da senioridade. Nos núcleos religiosos em que a iniciação é um fator fundamental para o crescimento pessoal e a construção de saber, a idade é fator de respeito social e religioso. [...] Nesse sentido, nesses grupos, além do respeito merecido pelo velho enquanto tal (independentemente da sua posição religiosa e seu conhecimento), há o respeito pelo saber acumulado daqueles que viveram sucessivos processos iniciáticos e que acumularam não apenas idade, mas especialmente saber. Há, por assim dizer, uma potencialização do respeito.

Com o paulatino aumento do contingente de velhos, de velhas e da longevidade – e todas as suas implicações sociais, políticas e econômicas –, os estudos e pesquisas sobre atitudes em relação à velhice tiveram início nos anos 1940, tendo grande influência na constituição dos modos de pensar a velhice, e já nos anos 1960 a mesma se estabeleceu como uma fase do curso de vida, na América do Norte e Europa Ocidental (NERI, 2006). Pesquisas realizadas no Brasil acerca das atitudes em relação ao envelhecimento (SANTOS, 1990; MEDRADO, 1994) apontam uma visão negativa do envelhecimento, reduzindo a velhice às perdas, doenças e incapacidades, aspectos retratados, inclusive, na percepção das próprias pessoas mais velhas pesquisadas. Outros autores (DEBERT, 1996; COSTA, 2006) evidenciaram visões positivas relacionadas à bagagem de experiência dos velhos e a relevância dos aspectos sociopolíticos relacionados ao envelhecimento. Como observa Concone (2007), são recorrentes dois tipos polarizados de atitudes em relação à figura do velho e, em geral, são caricaturais, ora com uma extrema idealização respeitosa do velho sábio, ora com ideologização de caráter biologizante, exacerbando a negação da velhice e suas particularidades.

Silva (2008) articula o surgimento discursivo e imaginário da velhice ao processo de modernização das sociedades ocidentais, no qual a idade destaca-se como fator fundamental de distinção social, na transição entre os séculos XIX e XX. Os dois principais determinantes da diferenciação desta etapa da vida são: o despontar dos novos saberes – geriatria e gerontologia, que passaram a se debruçar sobre o corpo velho e sobre os aspectos sociais da velhice,

respectivamente – e a institucionalização de aposentadorias. Segundo a autora, a geriatria produziu a identificação entre velhice e doença a partir do estudo do corpo decrépito, em degeneração, com nenhuma outra característica senão a decadência, ao passo que a gerontologia tornou mais complexa a categoria da velhice enquanto área de saber multidisciplinar. A institucionalização dos sistemas de aposentadoria, por sua vez, produziu a identificação entre velhice e invalidez, uma vez que o aposentado perde sua capacidade e posição no trabalho, sendo percebido como inválido, ocioso e incapaz.

Ainda que os primeiros sistemas de aposentadoria tenham sido criados a partir do século XVIII – especificamente os de funcionários civis e militares –, a questão das pensões não constituía tema de interesse coletivo até que as primeiras gerações de operários começaram a envelhecer. As primeiras discussões políticas sobre a criação da Caisse Nationale francesa datam de 1850, quando surgiram dúvidas sobre o tratamento a ser dispensado aos incapazes de trabalhar e garantir o próprio sustento. A velhice dos trabalhadores foi assimilada à invalidez, ou seja, à incapacidade de produzir. Desse ponto de vista, a velhice passava a ser confundida com todas as formas de invalidez que atingiam a classe trabalhadora, passando a ser utilizada para identificar todos aqueles que, ao fim de sua vida, não estão mais aptos para o trabalho. Essa lógica que atrela velhice e invalidez inspirou a criação dos sistemas de aposentadoria pelos chefes de empresa. Trata-se do estabelecimento de estratégias que visam assegurar aos patrões a manutenção da disciplina e da rentabilidade dos trabalhadores (SILVA, 2008, p. 159-160).

Evidencia-se no século XX um período de valorização do poder jovem, “na medida em que respondeu às exigências ideológicas da sociedade capitalista contemporânea, priorizando a produção e a reprodução” (SCHARFSTEIN, p. 2006, p. 1289), em detrimento dos velhos que não mais atendem às expectativas de produtividade e utilidade, o que pode ser associado com as ponderações feitas por Horkheimer e Adorno em seu texto supracitado.

No que tange à manutenção da disciplina dos trabalhadores, Marcuse (1999) se refere ao treinamento vocacional para a adaptação fisiológica e psicológica às tarefas que têm de ser feitas, e para as quais são exigidas habilidades: “As habilidades desenvolvidas por esse tipo de treinamento faz da ‘personalidade’ um meio para atingir fins que perpetuam a existência do homem como instrumentalidade, que pode ser substituída a qualquer momento por instrumentalidades do mesmo tipo” (MARCUSE, 1999, p. 89). A redução da individualidade à autopreservação pela padronização, que se processa ao longo de todo o processo de envelhecimento, acentua-se na velhice. Nesta fase, os mecanismos de controle social se embasam numa ideologização de caráter biologizante, exacerbando a negação da velhice. Mesmo com o prolongamento da vida submetido à razão instrumental, por meio do desenvolvimento da tecnologia biomédica, a longevidade perde seu sentido na medida em que se preconiza a eterna juventude, quando as propagandas propõem o “combate ao

envelhecimento” e, contraditoriamente, apontam a velhice como o momento privilegiado da vida para se dedicar à satisfação pessoal e aos prazeres que não foram realizados anteriormente, definindo um novo mercado de consumo. É interessante observar que, apesar dessa eufórica afirmação da velhice como fase da vida reservada ao prazer, as condições de vida negadas aos indivíduos ao longo de sua existência revelam o limite dessa pretensão, restando à velhice a sua completa negação: corpo frágil e improdutivo, agora, caro aos obscuros cofres da previdência social.

Debert (2012) assinala quatro elementos presentes nos discursos gerontológicos brasileiros que são fundamentais para a constituição da imagem do velho enquanto vítima do sofrimento, a saber: a “crônica da crise anunciada” decorrente das projeções do envelhecimento populacional e seus riscos para a vida social; a crítica ao sistema econômico capitalista e a miséria e exclusão que acompanham a velhice; a crítica à cultura brasileira de valorização do novo e do jovem em detrimento das tradições; e, por fim, a crítica à ausência do Estado de Bem-Estar Social que, combinado ao declínio da família extensa, coloca o velho em situação de vulnerabilidade. A autora considera que

o resultado que as novas pesquisas apresentam e as imagens da velhice na mídia contrastam com a imagem do idoso construída pelo discurso gerontológico. A dificuldade dos gerontólogos de lidar com esse contraste tende a levá-los à negação de seu próprio objeto de estudo e intervenção. Diante da heterogeneidade das experiências de envelhecimento, consideram que seria errôneo falar de velhice no Brasil; ou, então, a velhice é tratada como uma questão de autoconvencimento, e os gerontólogos passam a ser divulgadores de um elenco de formas de manutenção corporal e terapias com a pretensão de indicar como os que não se sentem velhos devem comportar-se (DEBERT, 2012, p. 203-204).

O afastamento em relação ao objeto velhice impede que o velho seja visto de forma diferente do que os estereótipos levam a crer, ou seja, a experiência é negada nas relações mediadas pela sociedade administrada. O preconceito, nesse sentido, deve ser compreendido em sua dimensão relacional entre indivíduo e sociedade, devendo-se “localizar na sociedade o que leva o indivíduo a ser ou não preconceituoso” (CROCHÍK, 2008, p. 69). Uma vez que só se considera como natural aquilo que se encaixa no contexto funcional da sociedade, como afirma Adorno e Horkheimer (1985), a forma de pensar estereotipada do *ticket*, abordada no ensaio “Elementos do Anti-semitismo”, revela uma sociedade em que a diferença é perseguida.

Quando as massas aceitam o *ticket* reacionário contendo o elemento antissemita, elas obedecem a mecanismos sociais nos quais as experiências de cada um com os judeus não têm a menor importância. De fato, ficou provado que as chances do antissemitismo são tao grandes nas regiões sem judeus como até mesmo em

Hollywood. A experiência é substituída pelo clichê e a imaginação ativa na experiência pela recepção ávida. Sob pena de uma rápida ruína, os membros de cada camada social devem engolir sua dose de orientações. Eles têm de se orientar tanto no sentido de se informarem sobre os modelos de aviões mais recentes, quanto no sentido da adesão a uma das instâncias dadas do poder. No mundo da produção em série, a estereotipia – que é seu esquema – substitui o trabalho categorial. O juízo não se apoia mais numa síntese efetivamente realizada, mas numa cega subsunção (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 165-166).

Nesse sentido, a mentalidade do *ticket* descrita pelos autores, que embasava a perseguição aos judeus, fundamenta o pensamento estereotipado e os juízos de valor preestabelecidos que alteram a dinâmica psíquica do indivíduo sob uma ordem social autoritária, tornando sua escolha por um *ticket* antissemita, menos do que um impulso do indivíduo, um verdadeiro movimento político. A escolha pelo *ticket* da indiferença em relação ao indivíduo velho modela-se, por exemplo, segundo as ordens de um sistema econômico para o qual o velho é obstáculo.

Acerca do pensamento indiferenciado em relação ao alvo velhice, Minayo (2011) chama a atenção para os mitos da contemporaneidade mais comuns sobre o envelhecimento, como a segregação estigmatória dos velhos a um lugar social estereotipado, desconsiderando seu papel socioeconômico, político e cultural; o mito da homogeneização/uniformização da velhice, como se todos os velhos fossem iguais; o popular mito de equivalência entre ser velho e ser doente; a ideologia do descarte do velho, o qual está aquém das expectativas de produtividade e utilidade do sistema capitalista, condenando-os à morte social; e, por fim, o mito da velhice como problema para as esferas familiares, para o setor saúde e para o Estado. Assim, ao se considerar os velhos como solitários, inúteis, conservadores, senis, observa-se o aspecto do preconceito que compreende como natural o que é histórico.

O preconceito, segundo Adorno e Horkheimer (1985), é o reverso da mimese, visto que o esclarecimento dominado pela razão instrumental passa a negar e repudiar a mimese ao impor a identificação com as expressões da racionalidade objetiva e a submissão de todo ente ao formalismo lógico, desencantando o mundo e reificando o homem.

Inicialmente, em sua fase, mágica, a civilização havia substituído a adaptação orgânica ao outro, isto é, o comportamento propriamente mimético, pela manipulação organizada da mimese e, por fim, na fase histórica, pela práxis racional, isto é, pelo trabalho. A mimese incontrolada é proscrita (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 149).

O conceito de *mimesis* no pensamento banjaminiano, distinto da concepção de Adorno e Horkheimer por abarcar um potencial libertador, configura-se como um ponto de grande

relevância para a presente reflexão, ainda que incorra no risco de não abarcar a complexidade do conceito e o aprofundamento teórico que demanda.

De acordo com Sekkel (2018, p. 49),

Quando, na brincadeira, a criança se apropria de um conteúdo cultural, por exemplo ao tornar-se padeiro ou bandido, ela se serve da mimesis, e esta atua de acordo com a lógica da semelhança, que é diferente da lógica da identidade. Não se trata de imitar um modelo, ou de buscar correspondências a fim de estabelecer uma relação de equivalência, mas de aproximar-se, deixar-se tocar e abrir-se para novas relações. As diferenças entre pessoas, objetos e situações são finitas, e podem ser cotejadas a partir de situações concretas, mas as semelhanças podem ser criadas infinitamente, de maneira totalmente nova e surpreendente. A atividade mimética nunca se reduz à imitação, há sempre uma mediação simbólica, e é isso que possibilita encontrar semelhanças entre as palavras e as coisas, e no âmbito da linguagem, as semelhanças não sensíveis (Gagnebin, 2005). Segundo Benjamin (2012a), a brincadeira é a escola da faculdade mimética, e é no brincar que exercitamos o reconhecimento e a produção de semelhanças. As semelhanças estão presentes na natureza e pela sua simples presença estimulam a faculdade mimética humana, e somente aos homens é dado produzi-las.

O exercício de alteridade oportunizado pela faculdade mimética possibilita o resgate da experiência – considerada empobrecida por Walter Benjamin (2012) como consequência da prevalência e domínio da técnica, haja vista a “predominância dos processos produtivos, o domínio da técnica sobre os homens, da vida regrada e da repressão dos impulsos do id exigidos pelo projeto civilizatório” (SEKKEL, 2016, p. 93). Nesse sentido, até mesmo o ócio, o tempo livre que é próprio para a constituição de experiências, é submetido à dominação na modernidade, e o velho, que antes era o depositário das experiências a serem transmitidas, não mais pode invocá-las frente ao seu empobrecimento:

Sabia-se também exatamente o que era a experiência: ela sempre fora comunicada pelos mais velhos aos mais jovens. De forma concisa, com a autoridade da velhice, em provérbios; de forma prolixa, com a sua loquacidade, em histórias; às vezes como narrativas de países longínquos, diante da lareira, contadas a filhos e netos. – Que foi feito de tudo isso? Que moribundos dizem hoje palavras tão duráveis que possam ser transmitidas como um anel, de geração em geração? Quem é ajudado, hoje, por um provérbio oportuno? Quem tentará, sequer, lidar com a juventude invocando sua experiência? (BENJAMIN, 2012, p. 123).

Este excerto alude à importância da relação entre gerações para a transmissão da memória cultural, chamando a atenção para a possibilidade de coeducação geracional, na qual a experiência da juventude e da velhice merecem ser invocadas. Ferrigno (2010), em seu livro “Coeducação entre gerações”, apresenta concepções históricas, sociais e culturais sobre as gerações, bem como a aproximação e o compartilhar de experiências para o desenvolvimento

da solidariedade. Nesse sentido, pode-se apontar a experiência e a educação como importantes agentes de combate ao preconceito, pois ainda que este seja de origem objetiva e difícil de ser alterado pelo homem, resta “sobretudo à educação fortalecer os sujeitos no seu combate” (CROCHÍK, 2008, p. 101).

Por conseguinte, as relações de alteridade e a capacidade de perceber semelhanças podem fomentar experiências tanto de identificação quanto de diferenciação com relação ao outro. Isto porque a aproximação pode propiciar a produção de semelhanças, ao mesmo tempo em que a mimese pode propiciar o aproximar-se e afastar-se da experiência do outro. Assim, o sujeito que se permitir esta experiência terá a capacidade de, num relampejar de alteridade, poder retornar outro ao seu eu que envelhece.

Semelhante à construção desta introdução, em que o pensamento se orientou tomando as velhices como objeto de contemplação – inspirado na proposta de reflexão benjaminiana –, a possibilidade de retornar a esse objeto – afastando-se dele enquanto um construto com base em lógicas históricas, culturais e sociais, desviando do *dizer sobre* ele e aproximando, outra vez, recomeçando a partir da escuta de sua narrativa – tem a potência de contribuir para o encontro com novos significados e potencialidades das velhices, configurando-se a proposição desta tese.

Nessa direção, esta pesquisa buscou lançar luzes sobre o exercício de narração e as condições de elaboração e transmissão da experiência de pessoas idosas e profissionais de saúde, no contexto das determinações pandêmicas nos serviços públicos da Atenção Básica em Saúde do município de São Paulo. Para a consecução deste objetivo, o *corpus* documental deste estudo foi composto por quatro depoimentos orais e 54 questionários, visando a refletir sobre os tensionamentos da assistência prestada pelos agentes implementadores das políticas públicas direcionadas às velhices durante a pandemia. Os dados qualitativos foram tratados à luz da análise de conteúdo e discutidos a partir de autores da Escola de Frankfurt, incluindo outros autores contemporâneos. Como ferramenta de apoio para a análise dos questionários, foi utilizado o software NVivo (versão 1.6.1).

Com vistas a orientar o leitor pelos caminhos que estruturam esta tese, apresenta-se uma breve descrição sobre a organização dos capítulos que se seguem a esta introdução. A contiguidade das reflexões se articularam de modo a promover (des)construções, aprofundar indagações e ampliar interlocuções críticas e éticas acerca da temática do envelhecimento.

O primeiro capítulo entabulou o desafio de apresentar um retrato dos impactos da pandemia sobre a população idosa – uma vez que o distanciamento temporal necessário para o

registro e a compreensão de seu movimento histórico fica comprometido enquanto perduram, no tempo e no espaço, os efeitos da covid-19.

O segundo capítulo, intitulado “No contrapelo das políticas públicas: percursos metodológicos para o desvelamento das velhices no Sistema Único de Saúde”, dedica-se a explicitar as considerações teórico-metodológicas desta pesquisa, anunciando o universo da pesquisa, sua natureza qualitativa e descritiva, os procedimentos adotados para a coleta dos dados e as perspectivas para os passos seguintes da análise dos dados. Também é apresentado o cenário da educação profissional em saúde no município de São Paulo, no qual esta pesquisa se funda, trazendo a Escola Municipal de Saúde e o Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana como interlocutores desta tese.

No terceiro capítulo, “Por um registro da pandemia na versão dos vencidos”, apresentam-se as discussões sobre os questionários analisados e as entrevistas conduzidas de modo a se lograr, entre as múltiplas produções acerca da historiografia desse período pandêmico de covid-19, um registro da pandemia na versão das velhices oprimidas na catástrofe

O capítulo quarto, “Sobre Velhices e Psicologia”, traz considerações teóricas sobre a aproximação da Psicologia com o sujeito-objeto velhice, numa perspectiva histórica, de modo a trazer reflexões sobre as formas de dizer e pensar sobre a velhice nesse campo de estudos e atuação. Também foram tecidas algumas considerações sobre as contribuições da Psicologia para a atuação junto às velhices e para as propostas de educação permanente no contexto pandêmico.

À guisa de conclusão, no quinto capítulo, são recuperados os principais elementos que compuseram o mosaico de sentidos, coletivos e individuais, para as experiências das velhices aqui registradas, indicando-se caminhos possíveis para o fortalecimento do processo de humanização da atenção à saúde e do próprio Sistema Único de Saúde.

Por fim, ressalta-se que inscrever as experiências das velhices nos registros de um tempo histórico de pandemia conjuga-se ao compromisso ético-político de reverberar as vozes, as memórias e as lutas de sujeitos históricos silenciados pelos documentos oficiais. Tomando emprestadas as palavras do discurso de José Saramago (1998) que tentou, em suas obras, ser o eco das vozes conjuntas das suas personagens, na minha busca por ecoar as vozes em torno das experiências das velhices nesta tese, afirmo: “não tenho, a bem dizer, mais voz que a voz que elas tiverem. Perdoai-me se vos pareceu pouco isto que para mim é tudo”.

1. Reflexões sobre a pandemia da covid-19 no Brasil: fragmentos históricos, políticos e críticos de seus impactos sobre as velhices

A hipótese que eu gostaria de sugerir é que, de certo modo, ainda que inconscientemente, a peste já existia, que, evidentemente, as condições de vida das pessoas tinham se tornado tais que bastou um sinal repentino para que aparecessem como realmente eram – isto é, intoleráveis, exatamente como uma peste. E esse é, num certo sentido, o único dado positivo que se pode extrair da situação presente: é possível que, mais tarde, as pessoas comecem a se perguntar se o modo como viviam estava certo (AGAMBEN, 2020, p. 12).

Torna-se desafiador entabular um processo de escrita acerca de uma das maiores crises sanitárias mundiais da contemporaneidade, especialmente enquanto perduram, no tempo e no espaço, os seus impactos sobre a população. A pandemia provocada pelo novo coronavírus, Sars-CoV-2, que originou a doença denominada covid-19, até o momento de finalização desta tese em agosto de 2022, segue afetando indivíduos e coletividades de forma acentuada, acumulando mais de 682 mil vidas perdidas no Brasil e 6 milhões em todo o mundo⁶.

Com seus efeitos e tensionamentos imensuráveis, a pandemia marca um ponto de inflexão em direção a mudanças sociais e políticas que se fazem urgentes e que, como será sustentado nesta tese, têm como pressuposto a defesa de um cuidado em saúde pública, integral, universal, equitativa e participativa.

A composição deste registro sobre os cuidados em saúde de pessoas idosas no decurso da pandemia se deu, não por acaso, de forma fragmentada. Esta fragmentação concerne tanto à perspectiva teórico-metodológica da investigação – de modo a retomar a contemplação sobre o objeto desta tese de diversos lugares e estratos de significados, em semelhança com a proposta de reflexão digressiva de Walter Benjamin, – quanto ao que diz respeito à práxis da própria autora deste estudo, a partir de seu processo de escrita, pesquisa e reflexão sobre (e a partir de) um acentuado período de vicissitudes. Assim, o intento de registrar fragmentos que compõem um mosaico de sentidos sobre a pandemia também parte de uma atenção particular aos despojos do contexto pandêmico, dedicando-se a iluminar os acontecimentos sob a perspectiva dos vencidos, isto é, das velhices afetadas pela pandemia no município de São Paulo.

O retrato da pandemia ora apresentado – posto que não é possível registrar o movimento histórico de uma catástrofe ainda em curso e com dados limitados – conjuga-se ao compromisso ético-político de reverberar a voz dos grupos minoritários e de resistir às diversas formas de opressão e iniquidade. Lançar luz sobre ruínas e limiões implica trazer menos respostas do que

⁶ Disponível em: <<https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

reflexões, ponderando sobre alguns fragmentos históricos, políticos e críticos para compreender como foram vicejadas as atitudes e diretrizes de cuidado em relação às velhices durante a pandemia, possibilitando, ainda, vislumbrar desvios e potencialidades. São estes fragmentos históricos, políticos e críticos que relacionam as velhices à virulência da pandemia que terão lugar no presente capítulo. Convém destacar, sobretudo, que o distanciamento temporal e reflexivo sobre o objeto pesquisado tornou-se uma questão desafiadora e, portanto, novas e extensivas investigações se fazem necessárias para acompanhar as repercussões e respostas frente ao prolongamento da covid-19, de modo que seus impactos sejam mitigados e as ações de proteção às populações vulneráveis sejam fortalecidas para a transformação do cuidado e a valorização da vida.

1.1 Entre a tempestade do progresso e as ruínas da pandemia

Há um quadro de Klee que se chama *Angelus Novus*. Nele está desenhado um anjo que parece estar na iminência de se afastar de algo que ele encara fixamente. Seus olhos estão escancarados, seu queixo caído e suas asas abertas. O anjo da história deve ter esse aspecto. Seu semblante está voltado para o passado. Onde *nós* vemos uma cadeia de acontecimentos, *ele* vê uma catástrofe única, que acumula incansavelmente ruína sobre ruína e as arremessa a seus pés. Ele gostaria de deter-se para acordar os mortos e juntar os fragmentos. Mas uma tempestade sopra do paraíso e prende-se em suas asas com tanta força que o anjo não pode mais fechá-las. Essa tempestade o impele irresistivelmente para o futuro, ao qual ele volta as costas, enquanto o amontoado de ruínas diante dele cresce até o céu. É a *essa tempestade* que chamamos progresso (BENJAMIN, 2012, p. 245-246).

Em um de seus textos canônicos, “Sobre o conceito de História”, escrito durante a ascensão do nazismo na Europa ao final da década de 1930, Benjamin (2012) desenvolve uma crítica à filosofia da história e, de modo destacado em sua nona tese, refere-se à concepção positivista de evolução histórica. O autor rompe com a ideologia do progresso linear, na qual os acontecimentos se sucedem numa lógica em que o progresso é o produto “natural”, inevitável e necessário. Segundo Löwy (2005), a imagem do anjo benjaminiano da história, interpretada e utilizada nos mais diversos contextos por se tratar de uma alegoria (a qual, no sentido original atribuído pelo autor, contém uma relação entre o teológico e o político, característica do pensamento de Benjamin), evoca a aterradora tempestade – sendo tal catástrofe o equivalente sagrado da alegoria – para representar a crítica ao progresso – sendo este o correspondente alegórico profano – que nada mais é do que a repetição de tragédias e massacres cada vez mais ameaçadores contra os seres humanos ao longo da história.

Nesta tese de doutorado, a alegoria do anjo da história de Walter Benjamin é cotejada com a aterradora imagem provocada pela pandemia da covid-19 em escala global, entre os anos de 2020 e 2021. Alguns elementos do amontoado de escombros se assomam no momento histórico que vivemos, ilustrados por episódios como aqueles em que testemunhamos o literal empilhamento de corpos e caixões⁷ quando os registros diários de óbitos por covid-19 atingiram patamares excedentes à capacidade dos sistemas de saúde e funerários; em que o índice de desemprego e o número de famílias em extrema pobreza se ampliaram no Brasil (NEVES et al., 2021); em que mais de 19 milhões de brasileiros e brasileiras foram assolados pela insegurança alimentar e pela fome (FIGUEIREDO et al., 2022), além de catástrofes ambientais mais frequentes relacionadas ao clima (VIEIRA, 2021) – tudo isso aliado à impossibilidade de deter-nos para cuidar das vítimas⁸. Assim, “o frágil e minúsculo corpo humano” (BENJAMIN, 2012, p. 124) se vê subjugado à tempestade inexorável do progresso de um sistema de acumulação, de expropriações e de exploração da natureza humana e não humana.

O modelo de produção capitalista do século XXI, historicizado e conceitualizado por Fraser e Jaeggi (2020) a partir da tradição da teoria crítica, é pautado como uma ordem social institucionalizada, a qual enfrenta profundas crises ancoradas em contradições que, como “plano de fundo” do domínio econômico, abarcam dimensões políticas, social-reprodutivas e ecológicas das quais, a um só tempo, o capitalismo depende e tende a desestabilizar. Em outras

⁷ Diversos locais registraram recordes de sepultamentos diários durante o ápice da pandemia no ano de 2020, e veículos de imprensa noticiaram a crise de sistemas de saúde e funerários em países como Estados Unidos (Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2020/04/30/nyregion/coronavirus-nyc-funeral-home-morgue-bodies.html>>; Acesso em: 09 jan. 2022), Bolívia (Disponível em: <https://www.nytimes.com/2021/02/09/world/bodies-again-pile-up-in-bolivia-as-latin-america-endures-a-long-deadly-coronavirus-wave.html>>; Acesso em: 09 jan. 2022), Índia (Disponível em: <<https://www.france24.com/en/live-news/20210427-bodies-pile-up-as-covid-overwhelms-india>>; Acesso em: 09 jan. 2022), Brasil (Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/04/28/em-manaus-18-caixoes-foram-enterrados-empilhados-antes-de-procedimento-ser-cancelado.ghtml>>; Acesso em: 09 jan. 2022) e Equador (Disponível em: <<https://noticias.r7.com/internacional/fotos/em-meio-a-pandemia-equador-tem-caixoes-e-corpos-nas-calcadas-02042020#/foto/3>>; Acesso em: 09 jan. 2022). Ressalta-se que foram utilizados portais de notícias como referências devido à ausência de dados e de publicações científicas sobre o número de mortes e o impacto da pandemia na população.

⁸ Um discurso reiterado após a deflagração da pandemia no Brasil dizia que “O Brasil não pode parar”, frase que representou o slogan de uma suposta campanha publicitária produzida ao final do mês de março de 2020 pela Secretaria Especial de Comunicação Social da Presidência da República (Secom), que veiculou e, em seguida, excluiu a peça sob justificativa de ter sido produzida “em caráter experimental”. O teor da mensagem que circulou nas redes sociais defendeu a retomada das atividades e econômicas e que as medidas de isolamento deveriam se restringir às pessoas idosas. A campanha em questão gerou críticas e foi proibida judicialmente (Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/28/juiza-do-rio-proibe-governo-federal-de-veicular-campanha-publicitaria-o-brasil-nao-pode-parar.ghtml>>; Acesso em: 09 jan. 2022). Discurso equivalente prolongou-se na frase “a economia não pode parar”, a exemplo da declaração feita pelo então presidente Jair Bolsonaro (sem partido), em videoconferência com empresários em 20 de março de 2020, de que a economia brasileira não poderia parar devido à pandemia ou então a catástrofe se aproximaria de verdade (Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/economia-nao-pode-parar-por-cao-do-coronavirus-diz-bolsonaro/>>; Acesso em: 09 jan. 2022).

palavras, essa organização social predatória e instável, de busca irrestrita pelo lucro, liberta-se das restrições (do poder público, de reprodução social e de sustentabilidade ecológica) necessárias para sustentá-la ao longo do tempo, consumindo as próprias condições que a possibilitam (FRASER, 2020). Nesse sentido, abordar as múltiplas tendências de crise nos domínios não econômicos que o capitalismo abriga permite ponderar sobre o modo como as sociedades capitalistas foram acometidas pelo novo coronavírus, trazendo indícios sobre a tempestade de um sistema cujas contradições inerentes são responsáveis pelos efeitos arruinadores da pandemia.

O primeiro de três elementos para a análise crítica do capitalismo neoliberal, postulados por Fraser e Jaeggi (2020) como mudanças epistêmicas para ampliações da concepção de capitalismo desenvolvida por Marx, abarca a mudança da produção para a reprodução, ou seja, desloca do primeiro plano a produção de mercadorias para destacar a reprodução social como condição de possibilidade para a economia capitalista. Tema teorizado por feministas marxistas, trata-se das atividades de cuidar, prover, subjetivar e socializar que produzem, formam e mantêm os vínculos sociais, sendo atividades que, em sua maior parte, não assumem a forma de trabalho assalariado dentro do mercado. Ainda segundo as autoras, a reprodução social que ocorre na esfera doméstica do lar, das associações da sociedade civil, das vizinhanças, etc., é indispensável ao funcionamento da produção capitalista e à existência da exploração do trabalho assalariado.

No que tange à força de trabalho provedora de cuidados de longa duração para pessoas idosas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca, em relatório mundial sobre envelhecimento e saúde (WHO, 2015), que são as mulheres a comporem a maior parcela da provisão de cuidado e suporte, em sua maioria não remuneradas ou treinadas para o trabalho. Ainda salienta a quase inexistência de serviços formais para pessoas idosas dependentes de cuidados em muitos países de baixa e média renda. O trabalho de cuidar recai tipicamente sobre familiares – principalmente filhas, noras, netas, embora as esposas, que em geral também são idosas, tenham substancial parte no cuidado – e pode ser uma atividade incompatível com a manutenção de empregos formais ou outras atividades geradoras de renda. Para a população feminina em idade ativa, o cuidado informal está associado a um maior risco de pobreza e pode suprimir os direitos à previdência social e à aposentadoria no futuro (LEICHSENRING; BILLINGS; NIES, 2013). Durante a progressão da pandemia da covid-19, a precarização do cuidado à população idosa e a deterioração das condições de vida das famílias fez com que se agravasse, também, a situação das cuidadoras e cuidadores. Estudos revelam uma prevalência significativamente maior de sintomas adversos à saúde mental e comportamental entre

cuidadoras do que não cuidadoras, incluindo sintomas de ansiedade, depressão e estresse relacionados à covid-19 (CZEISLER et al., 2021; SCHMIDT et al., 2021). É este obscurecimento da dependência do capital frente à centralidade do trabalho de reprodução social, marcado pela opressão de gênero, que subordina este trabalho na lógica de produção capitalista e o aparta dos sistemas de proteção social.

O segundo elemento implicado na mudança epistêmica de análise e compreensão do capitalismo do século XXI é a oposição da natureza humana à não humana (FRASER; JAEGGI, 2020). Teorizada por um grupo de pensadores ecomarxianos e ecossocialistas, trata-se da anexação, exploração e expropriação, pelo capital, da natureza como um recurso infinito e gratuito, sem compensação ou reposição. A crise ecológica iminente, como explicitam as autoras Jaeggi e Fraser (2020), é institucionalizada como uma “contradição ecológica” pelas sociedades capitalistas, que dependem das próprias condições naturais de possibilidade que tendem a desestabilizar. Há evidências de que o aumento do número de surtos de doenças infecciosas e da taxa de surgimento de zoonoses (incluindo a covid-19), nos últimos 40 anos, tem como fator-chave a degradação antropogênica generalizada dos ecossistemas (KENYON, 2020; EVERARD et al., 2020; JOHNSON et al., 2015; JONES et al., 2013; JONES et al., 2008). Estes estudos avaliaram que o desmatamento e outras mudanças no uso da terra têm sido associados ao surgimento de várias doenças infecciosas, como Ebola, Zika e HIV. Da mesma forma, atividades humanas como intensificação da produção agrícola e pecuária, mudanças climáticas e atividades que reduzem a biodiversidade, têm sido associadas ao aumento do risco de transmissão de doenças infecciosas (KENYON, 2020; CIVITELLO et al., 2015; KEESING et al., 2010).

Assim, a menos que reformas radicais revertam as pressões excessivas sobre os ecossistemas naturais, reduzindo a pegada ecológica humana e sua invasão a habitats naturais, novas zoonoses e taxas de extinção aceleradas emergirão (KENYON, 2020). Além disso, cabe destacar que as crises ecológicas e os efeitos desiguais das doenças zoonóticas, que impactam desproporcionalmente grupos marginalizados da sociedade segundo dimensões étnico-raciais, de gênero e classe, refletem condições político-econômicas estruturais do sistema (LEACH et al., 2021), o que nos leva à terceira e última mudança epistêmica para a crítica da ordem social institucionalizada postulada por Fraser e Jaeggi (2020).

O terceiro elemento enquanto condição de fundo para uma compreensão do capitalismo neoliberal circunscreve-se à relação entre economia e política: o capitalismo depende de poderes públicos e políticos para moldar economias e sociedades capitalistas, para estabelecer e sustentar suas normas constitutivas, para garantir direitos de propriedade, para reprimir

rebeliões anticapitalistas, enfim, condições que corroboram que, “historicamente, podemos dizer que o Estado *constituiu* a economia capitalista” (FRASER; JAEGGI, 2020, p. 55). Para as autoras, tais condições políticas de possibilidade do sistema capitalista que abarcam não apenas o nível dos Estados territoriais, mas também o nível geopolítico, estão ancoradas numa contradição em que a economia, a um só tempo, depende dos poderes públicos e tende a desestabilizá-los. Observa-se o signo desta contradição quando da determinação do surto do novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, alerta de mais alto nível declarado pela Organização Mundial de Saúde no início de 2020⁹, em que as medidas de enfrentamento à doença adotadas por Estados suscitaram o contrassenso de um dilema entre proteger vidas ou proteger a economia – uma tensão entre a manutenção das atividades econômicas da classe trabalhadora em detrimento dos riscos sanitários e as medidas de proteção à vida e de contenção da disseminação da pandemia¹⁰. Segundo uma pesquisa documental elaborada pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), é evidenciada a estratégia de vasta disseminação da covid-19 no Brasil, sendo promovida sistematicamente pelo governo federal “declaradamente com o objetivo de retomar a atividade econômica o mais rápido possível, o que, segundo o Tribunal de Contas da União, configura a ‘opção política do Centro de Governo de priorizar a proteção econômica’ (VENTURA.; REIS, 2021, p. 4).

Nesse sentido, tendo esvaziado o poder público e colocado a capacidade dos Estados à serviço dos interesses do capital a fim de disciplinar cidadãos, a crise do capitalismo financeirizado – que é atravessada pela democracia, pela ecologia, pela reprodução social e a organização do trabalho remunerado (FRASER; JAEGGI, 2020) – levou a vertiginosos índices de infecção e de óbitos pela covid-19 em todo o mundo. A forma iníqua com que a pandemia atingiu diferentes regiões e populações, tanto no que diz respeito aos impactos da doença quanto ao acesso às condições materiais de prevenção e/ou aos serviços de saúde, chama a atenção para

⁹ A covid-19 tornou-se o sexto evento da história a ser declarado como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, sendo precedido pelo surto de ebola na República Democrática do Congo em 2018, a epidemia do vírus Zika na América do Sul, América Central e Caribe em 2016, o surto de Ebola na África Ocidental em 2014, a disseminação internacional de poliovírus em 2014 e a pandemia de H1N1 em 2009. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 08 jan. 2022.

¹⁰ Diversas declarações de pessoas da classe dominante minimizaram as mortes por covid-19 frente às consequências econômicas de um lockdown (“confinamento”, em inglês, referindo-se às medidas de distanciamento social). No Brasil, o empresário Junior Durski, dono da rede de restaurantes Madero, afirmou que “as pessoas têm que produzir, têm que trabalhar”, ao passo que, nos Estados Unidos, o editor do telejornal estadunidense CNBC Business News, Rick Santelli, avaliou que a queda das ações na bolsa seria muito mais preocupante do que milhões de mortes, afirmando que “talvez fosse melhor simplesmente espalhar [a doença] para todo mundo”, de modo a mitigar as incertezas do mercado e dos investidores (BRETTAS, 2020).

os mecanismos estruturais e os arranjos institucionais que supõem a desigualdade e os autoritarismos como projetos, os quais agravaram a destruição trazida pela crise sanitária.

Após este preâmbulo, ilustrado pelo anjo da história de Walter Benjamin, que aponta alguns elementos para compreensões históricas, políticas e críticas acerca da virulência da pandemia da covid-19, serão apresentados alguns fragmentos do período pandêmico a partir dos quais ilumina-se o cuidado dedicado às velhices nos serviços de saúde durante a catástrofe da covid-19.

1.2 As velhices e a pandemia: novas expressões de velhos preconceitos

A principal patologia da velhice é a nossa ideia da velhice (HILLMAN, 2001, p. 28).

Dentre os inúmeros aspectos da realidade social afetados pela pandemia, destaca-se, nesta tese, as atitudes e o tratamento dispensado às pessoas idosas nesse período, em especial no que se refere aos serviços públicos de saúde. O preconceito em relação às velhices – que, no Brasil, é referenciado pelas palavras idadismo, ageismo, etarismo, ou idosismo – intensificou-se entre os fenômenos psicossociais durante o enfrentamento da pandemia, sendo uma forma de preconceito que é mais prevalente, arraigada e socialmente aceita do que o racismo, o sexismo e o capacitismo (WHO, 2021).

Segundo o relatório global sobre o preconceito etário divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2021) – o qual descreve uma estrutura de ação e de estratégias para diferentes atores na prevenção e combate a esse fenômeno – a origem dessa forma de preconceito não é datada, tendo apenas recentemente ganhado visibilidade como uma preocupação social, sendo cunhado o termo inglês “ageism” pelo gerontólogo estadunidense Robert Butler apenas no final da década de 1960. O relatório também alerta para as consequências deste fenômeno social, destacando as implicações na redução das oportunidades de participação social, da saúde e da expectativa de vida da população idosa, contribuindo para a insegurança financeira e o aumento do risco de violência, e constituindo um grande obstáculo à formulação e à efetivação de políticas públicas para essa coorte.

Atendo-nos à definição da natureza do etarismo estabelecida pela Organização Mundial de Saúde para uma possível compreensão dos seus determinantes nos serviços de saúde durante a pandemia, reafirmamos a consideração sobre os três componentes do etarismo: 1) componentes cognitivos, que referem-se aos estereótipos que constituem as formas como

pensamos em relação às pessoas com base na sua idade; 2) componentes afetivos, que compreendem os preconceitos relacionados às formas como nos sentimos em relação às pessoas e, por fim, 3) componentes comportamentais, que consistem na discriminação presente nas formas como agimos em relação às pessoas. Vale ressaltar que o etarismo, embora categorize as pessoas com base apenas em sua idade cronológica e afete pessoas de todas as faixas etárias, tem como principal alvo as pessoas idosas (OFFICER; FUENTE-NÚÑEZ, 2018)

Podendo o preconceito etário abarcar pensamentos, sentimentos ou ações tanto positivos quanto negativos em relação às pessoas, considera-se etarismo as crenças generalistas que estereotipam pessoas idosas como amistosas ou frágeis, os sentimentos de ternura ou pena em relação à pessoa idosa que configuram componentes afetivos do preconceito relacionados à idade, e ações de favorecimento ou desfavorecimento de pessoas idosas que estão atreladas à discriminação, como as ofertas de desconto em determinados produtos de consumo, a determinação de idade de aposentadoria obrigatória, a recusa de contratação no mercado de trabalho, entre outros exemplos.

Ressalta-se que ambas as formas positivas e negativas dos estereótipos, dos preconceitos e das discriminações, por se caracterizarem, invariavelmente, como generalizações inexatas, são potencialmente prejudiciais e precisam ser combatidas (OMS, 2021). Outrossim, o combate ao etarismo tornou-se parte das quatro áreas prioritárias de ação da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030), declarada no plano de ação mundial na 75ª Assembleia Geral das Nações Unidas em setembro de 2020 (WHO, 2020). O plano para promover o envelhecimento saudável, para melhorar a vida de pessoas idosas, suas famílias e comunidades e para apoiar ações de construção de uma sociedade para todas as idades está organizado em torno de quatro áreas de ação: 1) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento (combater o etarismo); 2) garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas (promover ambientes amigáveis às pessoas idosas); 3) prestar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e que atendam às pessoas idosas; 4) propiciar acesso a cuidados de longa duração para pessoas idosas que necessitem (WHO, 2020). É em consonância com os componentes cognitivos, comportamentais e afetivos que propomos um exercício de análise do etarismo na conjuntura pandêmica brasileira, trazendo uma divisão ilustrativa para compor nossa crítica, uma vez que estes componentes encontram-se imbricados nas pessoas preconceituosas.

Na primeira dimensão, que abarca os componentes cognitivos (estereótipos) do etarismo, destacamos o que se pensa sobre as velhices a partir do que foi veiculado nos discursos públicos durante a pandemia. Em artigo publicado em abril de 2020, pesquisadores de

diferentes nacionalidades conduziram, conjuntamente, um estudo em que sistematizaram algumas das visões etaristas veiculadas pela imprensa, pelas mídias sociais e por representantes de governos em dez países ao redor do mundo. O artigo discute e apresenta, numa tabela, exemplos do preconceito contra pessoas idosas nos discursos públicos, ressaltando a crescente representação das pessoas com mais de 70 anos como sendo todas iguais no que diz respeito ao seu desamparo, fragilidade e incapacidade de contribuir para a sociedade (AYALON et. al., 2020). A exemplo da tabela organizada no estudo de Ayalon e colaboradores (2020) demonstrando o etarismo arraigado nos discursos públicos, estruturamos um modelo semelhante que reúne dados que foram veiculados pela imprensa brasileira, constando falas de figuras públicas e representantes do governo referindo-se às pessoas idosas do decurso da pandemia. Apresenta-se, na tabela abaixo, alguns dos títulos de reportagens retirados de diversos portais de notícias, disponíveis online com acesso gratuito, encontrados em uma busca rápida e pouco criteriosa na internet durante o período de janeiro de 2020 a dezembro de 2021.

Tabela 1. Exemplos de discursos etaristas veiculados na mídia brasileira durante a pandemia de covid-19

Manchete	URL	Fonte	Data
'Famílias que cuidem de seus idosos', diz Bolsonaro sobre abrir comércios	https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/04/08/interna_nacional,1137022/familias-que-cuidem-de-seus-idosos-diz-bolsonaro.shtml	Estado de Minas	08/04/2020
Bolsonaro: "Só fracos, doentes e idosos devem se preocupar"	https://www.terra.com.br/noticias/coronavirus/bolsonaro-so-fracos-doentes-e-idosos-devem-se-preocupar,a520587d843c8178893210cc77ebec883rz13b1w.html	Terra	26/05/2020
Morte de idosos por covid-19 melhora contas da Previdência, teria dito chefe da Susep	https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,morte-de-idosos-por-covid-19-melhora-contas-da-previdencia-teria-dito-chefe-da-susep,70003317874	Estadão	28/05/2020
Roberto Justus, de 64 anos, diz em áudio vazado que coronavírus é uma "gripezinha leve" que só "mata velhinhos"	https://revistaforum.com.br/coronavirus/2020/3/23/roberto-justus-de-64-anos-diz-em-audio-vazado-que-coronavirus-uma-gripezinha-leve-que-so-mata-velhinhos-71347.html	Fórum	23/03/2020
"Caminhão cata veio" circula por Goiânia e pede para idosos ficarem em casa.	https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2020/03/31/caminhao-cata-veio-circula-por-goiania-e-pede-para-idosos-ficarem-em-casa.htm	Uol Notícias	31/03/2020
Como lidar com idosos teimosos e 'rebeldes' que se colocam em perigo	https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2021/11/04/como-lidar-com-idosos-teimosos-e-rebeldes-que-se-colocam-em-perigo.htm	VivaBem Uol	04/11/2021

Fonte: elaboração própria

Embora não seja objeto deste estudo a análise das manchetes das reportagens veiculadas nas mídias de comunicação de massa, tendo-se apenas a intenção de ilustrar os conteúdos etaristas que podem facilmente ser acessados nos principais portais de notícias, destaca-se a prevalência de uma ordem do discurso que reitera preconceitos arraigados historicamente na concepção de velhice: a negação de pessoas idosas sobre sua própria velhice; a omissão do poder público em relação à proteção dos velhos e a responsabilização da família pelo cuidado; a generalização das pessoas idosas como frágeis e doentes; a caracterização de pessoas idosas como improdutivas, atrelando-as fardos econômicos e sociais; a infantilização das velhices (ilustrada pelo uso de diminutivos como “velhinhos”); a exclusão das velhices do meio social, entre outros.

A segunda dimensão, que abrange os componentes afetivos (preconceitos) do etarismo, ressalta o que se sente sobre as velhices durante a pandemia. Um dos principais afetos naturalizados durante a pandemia, e sobre o qual esta tese reforça sua denúncia, é o sentimento de vidas de pessoas idosas são prescindíveis.

Quando figuras sabidamente influentes em nosso país relativizam a gravidade da pandemia ou a importância das medidas restritivas e de isolamento social, recomendadas por especialistas de todo o mundo, fazendo uso do argumento de que setores da economia não podem ser prejudicados por causa de algumas milhares de mortes inevitáveis, os sinos da iniquidade estão dobrando por todos nós. A lógica da produtividade que desvaloriza a existência daqueles que produziram por toda a sua existência é uma condenação à morte em vida. A mensagem que coloca lado a lado “gripezinha” e “velhinhos”, nos diminutivos que denotam a diminuta importância da doença e das pessoas para essas figuras de poder, reverbera com clareza a expressão máxima da soberania que determina quem pode viver e quem deve morrer: a necropolítica (GONÇALVES, 2020, p. 38).

A obra do filósofo camaronês Achille Mbembe (2018) cunhou um termo destacado especialmente no contexto da pandemia – a necropolítica. Contíguo à noção de necropoder e biopoder de Michel Foucault, o conceito desenvolvido por Mbembe evidencia as formas contemporâneas de associação entre política e morte que subjagam a vida. Partindo de discussões sobre os conceitos de estado de sítio, estado de exceção e das “topografias recalcadas de crueldade” (como, por exemplo, a ocupação colonial), o autor promove reflexões sobre os modos de operação do poder da morte, revelando, para além do controle sobre os corpos, uma soberania que determina quem é descartável e quem não é, quem pode viver e quem merece morrer.

Dados os tensionamentos no cenário social dos efeitos do etarismo, destaca-se que as concepções que minam a solidariedade intergeracional transformam-se em ações que agravam

as situações de violência, desigualdade, exclusão e mortalidade da população idosa. Nesse sentido, na terceira e última dimensão, apresentam-se os componentes comportamentais (discriminação) do etarismo, em que se destaca como agimos em relação às velhices no contexto da covid-19. A agenda pública, durante o início da pandemia, contou com a determinação por parte do Governo Federal de que medidas de isolamento social deveriam se restringir às pessoas idosas¹¹, considerado o principal grupo de risco para a doença. O projeto de exclusão e cerceamento da população idosa é encoberto pelos discursos de simulada proteção e cuidado.

Também pode-se dizer da necropolítica nas ações dos serviços de saúde quando pareceu haver um consenso pré-estabelecido e naturalizado de que, na ausência de respiradores artificiais ou de leitos durante a emergência sanitária, as vidas das pessoas mais jovens seriam priorizadas em detrimento das mais velhas. Acerca das discussões a respeito de tais dilemas éticos, escreveram Debert e Félix (2020, s.n.):

É ainda mais preocupante quando as decisões baseadas em preocupações médicas de combate clínico as doenças são substituídas por decisões utilitárias sobre quem são as pessoas mais relevantes para compor a cidade quando terminar a epidemia. As escolhas orientadas em termos do que são considerados benefícios sociais são pura hipocrisia: teria uma mulher casada e com filhos pequenos prioridades sobre a viúva com filhos adultos? Um patrão sobre sua empregada? As metáforas tem um enorme poder, e sabemos que em tempos de guerra a capacidade crítica se vê pressionada a tomar decisões que tem o potencial de oferecer atestados de óbitos prematuros a um contingente da população que passa a ser tratado como inútil e improdutivo.

Nesse sentido, durante a pandemia observamos o agravamento do etarismo concomitante a seus efeitos nefastos na precarização e aniquilação da vida de pessoas idosas, fazendo-se uso da pandemia como justificativa natural para uma perversa construção que é histórica.

1.3 Freio de emergência: Políticas de Cuidado, políticas de Vida

Para finalizar as discussões sobre os fragmentos da pandemia que a tornaram tão letal para a população idosa em situação de vulnerabilidade¹², sem, contudo, pretender esgotar este

¹¹ Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/governo-lanca-campanha-brasil-nao-pode-parar-contra-medidas-de-isolamento/>>. Acesso em: 05 jan. 2022.

¹² Há um padrão nos países com mais casos de covid-19 e dados confiáveis à disposição: a maior parte das mortes causadas pela doença é de pessoas acima de 60 anos. A doença matou pelo menos 142.049 pessoas acima de 60 anos até 2 de janeiro de 2021, de acordo com boletim do Ministério da Saúde. São 74,2% das 191.552 mortes

tópico, retomamos o início desse capítulo, em que Walter Benjamin e a metáfora do anjo da história se atualizam ao ilustrar o contexto de catástrofe em que seguimos, entre os escombros de uma pandemia que se avultam em meio à tempestade do progresso que é o seu próprio causador. Considerando, novamente, o prolongamento da pandemia que já vitimou mais de 680 mil pessoas no país, o número de brasileiros e brasileiras em situação de insegurança alimentar e miséria em patamar recorde¹³, os desastres ambientais cada vez mais frequentes, o alargamento de manifestações de racismo, xenofobia e fascismo, temos o dever de engendrar um momento na “história aberta” de Walter Benjamin para o resgate da força da ação política inovadora diante da tempestade que se denomina progresso.

A necessária interrupção do tempo linear, que se sustenta num mecanismo que garante o domínio e a opressão de uma classe sobre a outra (FRANCO, 2015), assemelha-se à arte de experienciar um tempo muito conhecido pelos estudiosos do processo de envelhecimento e da velhice: apreender o momento oportuno, Kairós, libertando nossas asas dos ventos de um sistema de dominação de pessoas e de exploração da natureza, que aprofunda desigualdades e produz violências. Romper com o “*continuum* da história” dominante para cuidar dos feridos e dos mortos pela opressão, reparando sua memória e a potência do seu passado que se inscreveu no horizonte da história como possível, e que ora pede redenção.

A salvação ou redenção do passado nada tem de teológico, devendo ser entendida tanto como uma atualização do passado por meio da narração e da consequente recuperação das lutas e aspirações dos oprimidos, que, assim, retornam à ordem do dia brilhando ainda mais uma vez no céu da história – tarefa para a qual o historiador pode contribuir – quanto como realização prática de suas aspirações. Salvar o passado, nesse sentido, implica transformar o presente: mais precisamente, em interromper a continuidade da história dos vencedores (FRANCO, 2015, p. 112).

A abertura da história, segundo a concepção de Walter Benjamin, apresenta-se como um convite para que possamos romper com uma concepção de evolução histórica, sempre narrada e registrada nos documentos oficiais a partir da perspectiva dos vencedores. Em meio à reprodução de violências, da exclusão e da morte dos derrotados no período pandêmico, a potencialidade do cuidado, portanto, ganha caráter revolucionário quando as relações de solidariedade, de inclusão e de proteção à vida se afirmam.

analisadas. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/internacional/conheca-a-faixa-etaria-dos-mortos-por-covid-no-brasil-e-em-outros-paises/>>; <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/coronavirus-matou-142-mil-idosos-no-brasil-conheca-situacao-de-5-paises/>>.

¹³ Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/business/quase-28-milhoes-de-pessoas-vivem-abaixo-da-linha-da-pobreza-no-brasil/>>.

Nesse sentido, trazemos para o debate a ideia de “cuidadania”, que menos do que um conceito acadêmico (sendo, inclusive, pouco explorado teoricamente na literatura), pretende ser uma construção coletiva que coloca a vida no centro do cuidado, como responsabilidade social e coletiva que orienta nossa realidade cotidiana e política em torno das necessidades das pessoas. A lógica coletiva da “cuidadania” é discutida no texto “Hacia un derecho universal de ciudadanía (si, de ciudadanía)” (JUNCO; PÉREZ OROZCO; RÍO, 2004). As autoras narram a história do erro de grafia – que trocou a palavra “ciudadania” (cidadania, em espanhol) por “cuidadania” (remetendo à palavra cuidado) – que tem lugar na inauguração de um centro comunitário, fruto de um histórico de lutas e de mobilizações da comunidade do bairro de Pumarejo, em Sevilha, na Espanha, contra o processo de gentrificação a que estava sendo submetido o bairro no final da década de 1990. Anunciada a venda da “Casa Palacio de Pumarejo” para uma empresa hoteleira, no início dos anos 2000, a tentativa de expulsão de famílias e comerciantes do local originou a “Plataforma por la Casa del Pumarejo”, uma organização coletiva em defesa das famílias, do patrimônio histórico e da manutenção dos diferentes usos culturais para o espaço. A articulação de diversos atores sociais se fortaleceu em ações de resistência à privatização e, no ano de 2003, a “Casa de Pumarejo” foi declarada como “Bién de Interés Cultural” no Catálogo Geral do Patrimônio Histórico da Andaluzia, convertida em propriedade da prefeitura e autogerida pelos moradores do bairro, tendo preservados seus valores arquitetônico e etnológico. Assim, o coletivo da Casa prosseguiu com as ações de recuperação e revitalização dos espaços do edifício, inaugurando, em 2004, o espaço de uso e gestão comunitária chamado “Centro Vecinal”. No cartaz comemorativo da inauguração, lia-se: “El día 8 de Mayo quedó inaugurado este centro vecinal teniendo el poderío las vecinas y vecinos del barrio de pumarejo para uso y disfrute de la *Ciudadanía*” (JUNCO; PÉREZ OROZCO; RÍO, 2004, p. 1, grifo do autor).

O “erro” de ortografia em questão, seja por ato falho a fala do inconsciente, certamente dizia sobre a coletivização dos cuidados e a potência da solidariedade comunitária que ali se construíram, num verdadeiro processo de “cuidadania” que, segundo as autoras, tem a possibilidade de inaugurar um novo paradigma civilizatório a ser construído. Elas afirmam, ainda, que “cuidadania” não é uma imagem utópica, mas uma realidade que já existe nas situações em que se formam redes solidárias de cuidado e de reconhecimento do outro como protagonista da realidade social e vizinho(a) no mundo.

Pode-se afirmar, por conseguinte, que a “cuidadania” opera pela lógica das semelhanças, descrita por Walter Benjamin (2012), uma vez que se propõe a colocar a vida no centro do cuidado e a fortalecer as relações de alteridade. Ademais, segundo as autoras, o

modelo de cidadania que vivemos contém em si uma lógica excludente, que divide cidadãos e não-cidadãos, público e privado, que é construído sobre a invisibilidade e ausência de direitos das pessoas que exercem o cuidado no âmbito privado.

Nesse sentido, remontando à “cidadania” como ideia que engloba o fortalecimento de redes de relações sociais e afetivas, o respeito e inclusão da diversidade, o direito de cuidar e ser cuidado em condições dignas – remetemo-nos ao cenário de pandemia da covid-19. A mobilização dos vencidos contra os projetos aniquiladores da classe dominante, a luta coletiva em defesa da vida e a promoção de ações de solidariedade também tiveram lugar no cenário pandêmico. Algumas das iniciativas de cuidado às pessoas em situação de maior vulnerabilidade durante a pandemia serão descritas a partir das experiências das participantes desta pesquisa, no terceiro capítulo desta tese.

Por tudo isso, um modelo sociopolítico de cuidado, que supõe a vida no centro, pode se constituir como o freio de emergência para interromper o curso do progresso de um sistema de repetição de tragédias e massacres contra a natureza e os seres humanos derrotados pelo cortejo triunfal dos vencedores.

2. No contrapelo das políticas públicas: percursos metodológicos para o desvelamento das velhices no Sistema Único de Saúde

Todos os que até agora venceram participam do cortejo triunfal, que os dominadores de hoje conduzem por sobre os corpos dos que hoje estão prostrados no chão. Os despojos são carregados no cortejo triunfal, como de praxe. Eles são chamados de bens culturais. O materialista histórico os observa com distanciamento. Pois todos os bens culturais que ele vê têm uma origem sobre a qual ele não pode refletir sem horror. Devem sua existência não somente ao esforço dos grandes gênios que os criaram, mas também à servidão anônima dos seus contemporâneos. Nunca houve um documento da cultura que não fosse simultaneamente um documento da barbárie. E, assim como o próprio bem cultural não é isento de barbárie, tampouco o é o processo de transmissão em que foi passado adiante. Por isso, o materialista histórico se desvia desse processo, na medida do possível. Ele considera sua tarefa escovar a história a contrapelo (BENJAMIN, 2012, p. 244-245).

O percurso de construção metodológica da presente pesquisa é indissociável da necessidade de conceber as vozes, as memórias e as lutas de sujeitos oprimidos no presente e no passado. A paulatina composição ético-política de uma metodologia de pesquisa – que também se configura como experiência na medida em que a investigação conduz a encontros e descobertas em seu transcorrer – não poderia tomar as vozes, memórias e lutas dos oprimidos como objeto de estudo para torná-las acadêmicas e estanques, mas sim para fortalecer a potencialidade de sujeitos históricos e a abertura às possibilidades emancipadoras de atualização do passado pela resistência no presente.

Reportando-nos, uma vez mais, às teses “Sobre o conceito de história” escritas por Walter Benjamin (2012), assinalamos a imanência da barbárie nos processos de transmissão e na própria criação da cultura – processos estes determinados pela classe dominante que documenta a história oficial. A atualidade da VII tese sobre o conceito de história de Benjamin, apresentada na abertura deste capítulo, converte-se na presente pesquisa na tarefa de “escovar a contrapelo” as políticas públicas voltadas para a população idosa na conjuntura da sociedade brasileira. Em nosso cenário político tramitam, nas casas legislativas, ameaças aos direitos sociais e trabalhistas através de atos normativos que prenunciam o desmonte da educação e da saúde públicas, que reduzem garantias dos(as) trabalhadores(as) mediante o projeto da reforma previdenciária, que colocam em risco liberdades democráticas e estabelecem uma relação entre política e morte determinando quem pode viver e quem deve morrer no cenário pandêmico. Considerando os processos de articulação e tensionamentos de interesses que abrangem a legislação das políticas públicas, vale salientar que tais processos

[...] envolvem, frequentemente, longos períodos de debate, luta e ação sociais que precedem sua escrita e, depois de sua aprovação, um caminho de construção e sedimentação das práticas correspondentes à legislação. Esses momentos de preparação e implementação das políticas compõem um moto-contínuo em que a existência da legislação promove, reforça, incentiva, dá suporte às práticas e estas, por sua vez, retroagem sobre a legislação sendo base para modificações, aperfeiçoamentos, complementações, exclusões (SEKKEL et al., 2018, p. 655).

Nesse sentido, faz-se necessário considerar as dimensões políticas e ideológicas que atravessam a implantação e a implementação de políticas, bem como os protagonistas sociais que são os verdadeiros responsáveis pela transposição da letra para a prática (SEKKEL et al., 2018), em especial durante uma crise sanitária. Tendo em vista que a educação permanente de profissionais de saúde, visando à atenção integral às velhices, é uma diretriz recorrente em diversas políticas para este segmento, refletir sobre a abrangência da formação profissional e a experiência de usuários atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS) é um importante desafio que se relaciona à efetivação das políticas públicas. Uma vez que a compreensão das experiências, visões e expectativas dos velhos e velhas é essencial para o cuidado centrado na pessoa, as perspectivas das velhices sobre a atenção em saúde devem ser incluídas no plano de metas e organização dos serviços de saúde, bem como nos currículos utilizados na educação permanente e no treinamento de profissionais – em especial após a catástrofe sanitária causada pela covid-19, que tanto impactou a assistência em saúde às pessoas idosas. Da mesma forma, ensinar que profissionais de saúde de nível médio compartilhem suas experiências, a partir da inter-relação que estabelecem entre o saber local e o conhecimento técnico e científico sobre saúde, possibilita a estes Técnicos em Serviço de Saúde ressignificarem sua importância enquanto multiplicadores de conhecimento perante as equipes multiprofissionais – equipes estas que, na presente pesquisa, têm diferentes composições devido à abrangência de diferentes estabelecimentos/serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, mas que têm os profissionais técnicos, invariavelmente, em lugares desfavorecidos na lógica hierárquica do saber/poder. Isto posto, reitera-se que ouvir as vozes ocultas que subjazem à política dominante é impelir à redenção as gerações de sujeitos históricos silenciados nos documentos oficiais.

2.1 Sobre a contemplação do mosaico pesquisado

De modo a refletir a contrapelo das políticas públicas voltadas para a velhice, trazendo luz sobre a rememoração que confere sentido a este estudo, bem como sobre o processo investigativo que norteou os procedimentos metodológicos da presente pesquisa, cabe

apresentar sucintamente algumas características do pensamento benjaminiano, que se assemelha à imagem de um mosaico e seus pequenos fragmentos. Em “Origem do drama barroco alemão”, Walter Benjamin (1984) contrapõe aos métodos de pesquisa tradicionais o caminho não linear do método dos tratados.

A quintessência do seu método é a representação¹⁴. Método é caminho indireto, é desvio. A representação como desvio é portanto a característica metodológica do tratado. Sua renúncia à intenção, em seu movimento contínuo: nisso consiste a natureza básica do tratado. Incansável, o pensamento começa sempre de novo, e volta sempre, minuciosamente, às próprias coisas. Esse fôlego infatigável é a mais autêntica forma de ser da contemplação. Pois ao considerar um mesmo objeto nos vários estratos de sua significação, ela recebe ao mesmo tempo um estímulo para o recomeço perpétuo e uma justificação para a intermitência do seu ritmo. Ela não teme, nessas interrupções, perder sua energia, assim como o mosaico, na fragmentação caprichosa de suas partículas, não perde sua majestade (BENJAMIN, 1984, p. 50-51).

O procedimento de reflexão digressivo, anticartesiano, que interrompe a si mesmo com o intuito de retomar contato com seu objeto, buscando diversos significados neste mesmo objeto e com o ímpeto de recomeçar, é a mais genuína forma de contemplação (MATOS, 1993). O ímpeto de começar de novo e retornar ininterruptamente ao objeto contemplado possibilita o vislumbrar de potencialidades até então ignoradas, um processo de construção do conhecimento do qual me aproximo ao delimitar o objeto desta pesquisa – as velhices em meio à pandemia. O propósito de compreender não as velhices ou a pandemia em si, mas a experiência em torno das velhices e da pandemia, tanto de pessoas idosas quanto de profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de São Paulo, é uma das formas para compor um mosaico de sentidos para uma compreensão do cenário pandêmico e dos cuidados voltados à população idosa nos serviços de saúde. Sendo este um objeto “que se apreende, mas não por demonstração” (MATOS, 1993, p. 11), a pesquisa se abre para um constante devir, em que o método seja caminho indireto, dizendo sobre o processo de pensar que busca os tensionamentos da experiência das velhices no contexto das políticas públicas de saúde durante a pandemia.

Nesse sentido, esta pesquisa tem como objetivo lançar luz sobre o exercício de narração e as condições de elaboração e transmissão da experiência de pessoas idosas usuárias dos serviços públicos de saúde no contexto das novas determinações pandêmicas, bem como de

¹⁴ Trazendo elucidações sobre o conceito da palavra “*Darstellung*” na obra “A origem do drama barroco Alemão” de Walter Benjamin, Jeanne Marie Gagnebin propõe que seja traduzida por “apresentação” ou “exposição” em vez de “representação”, precisamente porque Benjamin se distancia do clássico sentido da linha da filosofia da representação. Segundo a autora, “A distinção clássica entre método de pesquisa e método de exposição, aliás uma distinção imprescindível à redação de trabalhos universitários, realça a importância decisiva da exposição: é na exposição/ordenação do material pesquisado que, geralmente, se manifesta a contribuição singular do autor. Em suas escolhas narrativas e argumentativas pode o autor reinterpretar a profusão do material pesquisado e lançar uma nova luz sobre ele” (GAGNEBIN, 2005, p. 185).

profissionais de saúde de nível médio (técnicos em enfermagem, técnicos em farmácia e técnicos em vigilância em saúde). Profissionais estes que participaram do curso de Especialização Técnica de nível médio em Saúde Mental do Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana, oferecido pela Escola Municipal de Saúde no ano de 2020, cujo programa de educação permanente abarcou o cuidado integral e integrado à pessoa idosa. De maneira mais ampla, esta tese também propõe-se a analisar os tensionamentos da assistência prestada pelos agentes implementadores das políticas públicas dirigidas às velhices, considerando as particularidades históricas, políticas, sociais e culturais atinentes ao contexto de pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) no Brasil. Outrossim, apresenta-se uma discussão a respeito dos impactos da educação permanente de profissionais de saúde para a transformação crítico-reflexiva de suas práticas técnicas e sociais no que tange às velhices.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo, em que importam menos generalizações de resultados a partir de amostras significativas do que generalizações de conceitos, isto é, o aprofundamento e a abrangência da compreensão sob várias perspectivas (MINAYO, 2006). Esta pesquisa procura lançar luzes sobre o exercício de narração e às condições de elaboração e transmissão de experiência de pessoas idosas e profissionais de saúde, utilizando-se de depoimentos e questionários para a coleta de dados, os quais serão tratados à luz da análise de conteúdo e discutidos a partir do arcabouço teórico de Walter Benjamin, entre outros autores, visando a refletir sobre a implementação e alcance das políticas públicas voltadas aos velhos durante a pandemia da covid-19, em especial no que tange à qualificação de profissionais de saúde.

Espera-se que a produção resultante da presente pesquisa possa contribuir para o avanço e ampliação das publicações científicas acerca da temática, de modo que o registro das experiências de cuidado em relação às velhices nos serviços públicos de saúde traga à luz uma versão do cenário histórico de pandemia que subjaz às políticas e à história oficial.

2.2 Considerações teóricas e metodológicas

Para a consecução de um estudo que acesse uma versão da história a partir de depoimentos orais e que, como preconiza Benjamin (2012), identifique-se com o ponto de vista dos “vencidos”, a metodologia empregada seguirá as orientações teórico-metodológicas da história oral, tendo seu enfoque na história oral temática, cujo compromisso se dá com o esclarecimento ou a opinião do depoente sobre um tema específico e previamente estabelecido

(MEIHY, 2000). Sendo história oral uma escolha teórico-metodológica mais ampla do que uma técnica para colher depoimentos orais – por ter como ênfase a busca por uma história feita *por* e *com* os sujeitos (BARBOSA, 2011), pode-se caracterizá-la, conforme explicita Meihy (2000, p. 29), como

[...] um conjunto de procedimentos que se iniciam na elaboração de um projeto e que continuam com a definição de um grupo de pessoas (ou colônia) a serem entrevistadas, com planejamento da condução das gravações e transcrição, conferência do depoimento, com autorização para uso, arquivamento, e, sempre que possível, com a publicação dos resultados que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou as entrevistas (2000, p. 29).

Diferentemente das abordagens abarcadas na história oral, ainda segundo Meihy (2000), de “história oral de vida” e “tradição oral”, posto que não serão realizadas análises sobre a totalidade da vida de sujeitos depoentes ou dos conhecimentos da tradição de determinado povo, o objeto deste estudo serão as narrativas de uma pessoa idosa e de profissionais de saúde/alunas de um curso do Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana, colhidas a partir de depoimentos, que supõem “o relato de algo que o informante efetivamente presenciou, experimentou ou de alguma forma conheceu, podendo assim certificar” (PEREIRA DE QUEIROZ, 1988, apud SCHMIDT, 1990, p. 72), circunscrevendo a narração da experiência a âmbitos específicos – portanto, “história oral temática” – de forma a se aproximar do objeto central em foco para a pesquisadora – o cuidado para com as velhices em serviços de saúde durante a pandemia de covid-19.

As condições para a seleção dos participantes de pesquisa inserem-se no contexto de uma intervenção educativa fundamentada nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrida no município de São Paulo no ano de 2020. O curso em questão visou qualificar o cuidado com o sofrimento mental, de forma a ampliar o aporte teórico e prático de profissionais com formação técnica (técnicos de farmácia, enfermagem e vigilância em saúde), que atuam na atenção básica nas diversas Coordenadorias Regionais de Saúde (Leste, Sul, Sudeste, Norte, Centro e Oeste) da cidade de São Paulo. No período de março a outubro de 2020, a autora deste estudo foi responsável por ministrar uma das unidades didático-pedagógicas do curso de educação permanente em saúde mental, a qual privilegiou: 1) a reflexão sobre os sentidos atribuídos à experiência de envelhecer na atualidade; 2) a discussão sobre o perfil das pessoas idosas no Brasil, a heterogeneidade das velhices no município de São Paulo e as questões atinentes à saúde mental nas velhices; 3) os principais marcos legais que preconizam os direitos

da população idosa; 4) o debate sobre os cuidados comunitários e territoriais destinados à velhice, lançando luz sobre a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI) e os equipamentos que promovem a atenção à pessoa idosa nos territórios. Ressalta-se que as aulas foram ministradas de forma remota, em ferramentas de interação síncrona, em decorrência da pandemia da covid-19.

Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), como consta no Parecer n.º 4.900.517, emitido em 11 de agosto de 2021, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP), segundo o parecer n.º 5.048.671, emitido em 20 de outubro de 2021.

2.3 Compendo o universo da pesquisa

A fim de compor a amostra de depoentes deste estudo em história oral temática, os critérios estabelecidos para a escolha das profissionais de saúde participantes da pesquisa abarcaram: 1) ser Técnico em Serviço de Saúde que tenha participado da unidade didático-pedagógica voltada para a qualificação do cuidado à pessoa idosa de um curso de educação permanente no município de São Paulo; 2) ter realizado o trabalho de conclusão de curso acerca da temática do cuidado à pessoa idosa nos serviços de saúde, indicando que as profissionais já atuam junto a essa população e têm interesse em refletir sobre sua prática de atendimento às pessoas idosas.

Não houve critério territorial para a seleção da amostra de profissionais de saúde, visto que o foco da pesquisa foi a participação destes profissionais no curso de educação permanente da Escola Municipal de Saúde (EMS), que foi ofertado em todas as Coordenadorias Regionais de Saúde de São Paulo. As profissionais foram selecionadas pelo seu vínculo como alunas da EMS, uma vez que são de diferentes unidades e regiões do município.

Quanto aos critérios para a escolha das pessoas idosas depoentes, Meihy (2000) sugere que, para selecionar componentes de comunidades amplas, faz-se necessário estabelecer uma rede de participantes, cuja articulação pode se dar a partir de um ponto zero, isto é, um primeiro depoente capaz de apontar os demais. Segundo o autor, “idealmente, supõe-se que um entrevistado indique outro, ou outros, e a rede deve servir para abordar o argumento do projeto segundo a sugestão da comunidade e não da vontade exclusiva do diretor da pesquisa”

(MEIHY, 2000, p. 178). Isto posto, tendo em vista a impossibilidade da pesquisadora de ir a campo, presencialmente, para a abordagem dos participantes devido à pandemia, determinou-se que as profissionais de saúde, ao atenderem aos critérios definidos a partir do escopo deste estudo, foram as depoentes convidadas a balizarem a indicação das pessoas idosas para participar da pesquisa.

Por conseguinte, as delimitações para a seleção das pessoas idosas depoentes abarcaram: 1) ter sido indicado por um profissional de saúde participante deste estudo para colaborar com a pesquisa; 2) ter mais de 60 anos, conforme critério cronológico estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, que determina a idade de 60 anos como o limite divisório entre o adulto e o velhos nos países em desenvolvimento (NETTO, 2006); 3) ser usuário do SUS nos serviços em que atuam as profissionais de saúde participantes da pesquisa.

Aspecto igualmente relevante foi o acesso às depoentes por meio de contato virtual e o aceite para cederem seus depoimentos por meio de plataforma online. O convite individual para as candidatas a participarem da pesquisa foi efetuado através de correio eletrônico, contato telefônico ou via aplicativos gratuitos de mensagem para dispositivos móveis (como o *WhatsApp*, por exemplo), com a explanação dos objetivos do estudo e da minha total disponibilidade para o agendamento da entrevista na data e horário de sua preferência, caso aceitassem participar. Após o aceite por parte da convidada e o agendamento da entrevista, a participante de pesquisa recebeu o link com o endereço eletrônico para acessar a sala privada de videochamada na qual ocorreu a entrevista, com as devidas instruções de acesso à plataforma (APÊNDICE E). Para a coleta dos depoimentos orais, portanto, foram realizadas entrevistas individuais em ambiente virtual, através da plataforma *Google Meet*, e que preservaram os aspectos éticos apresentados à participante de pesquisa, previamente à entrevista, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponibilizado em formulário virtual (APÊNDICE C). O pedido de autorização para a gravação do depoimento e a explicação sobre o registro do consentimento para participar da pesquisa foram realizados nos momentos iniciais da videochamada. Da mesma forma, foram explicitadas as garantias de manutenção do sigilo, da privacidade das participantes e de acesso aos resultados da pesquisa.

Efetuuou-se o registro dos depoimentos através da funcionalidade de gravação de videochamada da própria plataforma *Google Meet*, tendo, simultaneamente, um gravador de voz digital da marca *Powerpack*, modelo DVR-2926, como dispositivo para cópia de segurança. Como se trata de uma pesquisa que respeita a integridade dos participantes, os riscos implicados foram mínimos, podendo ser envolvido desconforto emocional diante do tema da pergunta da entrevista. Destacam-se, ainda, os riscos característicos do ambiente virtual, impossibilitando

assegurar total confidencialidade do que é compartilhado virtualmente em função das limitações das tecnologias utilizadas. Estes riscos, entretanto, foram minimizados pelo uso de plataformas com criptografia para a coleta dos depoimentos e armazenamento dos dados.

Foram realizadas três entrevistas, com as profissionais Laura, Vera e Ester¹⁵, com duração média de 80 minutos cada, através da plataforma *Google Meet*. Uma questão inicial disparadora foi utilizada para propiciar o livre curso das falas dos depoentes acerca da temática pautada, podendo intervenções serem realizadas pela pesquisadora para esclarecimento de informações, sem, contudo, interferir no privilegiado momento de fala das participantes de pesquisa. Salienta-se que o procedimento metodológico de perguntas exploratórias permite “ao recordador a liberdade de encadear e compor, à sua vontade, os momentos do seu passado” (BOSI, 1993, p. 283), que, para atingir os objetivos da presente pesquisa em história oral temática, estão circunscritos à experiência de cuidado às velhices em equipamentos de saúde pública.

Ao final das entrevistas, quando foi solicitado às profissionais de saúde a indicação de uma pessoa idosa atendida nas suas unidades de saúde para participar da entrevista, as trabalhadoras, a princípio, hesitaram em nomear algum usuário com idade igual ou superior a 60 anos. Isto porque todas as profissionais tinham sido, recentemente, transferidas das unidades em que trabalharam nos últimos anos devido ao processo de transição para as parcerias público-privadas através das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Nas novas unidades, explicaram que ainda não tinham estabelecido vínculo ou conhecimento suficiente para poderem apontar alguma pessoa idosa usuária dos serviços, e lamentaram não poderem contribuir com a pesquisa. Após alguns meses em que retomei o contato com as profissionais entrevistadas para tentar nova possível indicação de depoentes, elas relataram a dificuldade em encontrar pessoas idosas que tivessem condições para aceitar fazer parte de uma pesquisa de forma remota. Foi quando recebi de Vera a sugestão de contatar Célia, sua colega de trabalho idosa com a qual conviveu durante mais de seis anos, que acabara de se aposentar e permanecia sendo usuária dos serviços públicos de saúde. A partir desta indicação, e por se enquadrar nos critérios de inclusão desta pesquisa, Célia, ao mesmo tempo profissional de saúde aposentada e pessoa idosa usuária dos serviços, foi a única pessoa com idade superior a 60 anos entrevistada nesta pesquisa. Este duplo lugar de fala de Célia, como profissional que cuidava e pessoa idosa que recebe cuidados, foi relevante para os resultados e discussões desta tese, apresentados no capítulo em sequência.

¹⁵ Todos os nomes relatados nesta tese são fictícios, de modo a preservar a identidade das pessoas.

Posteriormente à etapa de entrevistas, os depoimentos foram transcritos, organizados em formato narrativo e foi realizada a devolutiva para as depoentes através de aplicativo de comunicação por texto. Além do intuito de assegurar a validação e fidedignidade dos depoimentos e a liberdade de modificação do texto pelas depoentes, o respeito e a valorização de suas “vozes” no fazer coletivo deste registro é o esteio da presente pesquisa. A realização desse processo de devolutiva promoveu uma rememoração de sentimentos a partir das impressões que o texto lhes causara, atualizando e mantendo vivos os sentidos do passado pandêmico no presente.

Vale ressaltar que o advento da pandemia da covid-19 trouxe significativas mudanças no delineamento metodológico inicial deste estudo. Dadas as condições de restrição da entrada de pesquisadores em campo, dentre os inúmeros impactos das novas determinações pandêmicas no corrente cenário global, considerou-se acrescentar uma nova fonte para compor as análises deste estudo, conforme se justifica a seguir.

Durante o processo de educação permanente de profissionais de saúde, realizado entre março e outubro de 2020, quando fui responsável por ministrar aulas em ambiente virtual enfocando a atenção psicossocial à pessoa idosa, foi realizada uma atividade circunscrita ao contexto de aprendizagem, na qual os alunos/profissionais responderam um questionário com três questões abertas na ferramenta *Google Forms*. Nesse questionário, os alunos discorreram sobre os seguintes tópicos: 1) uma experiência com uma pessoa idosa atendida em seu local de trabalho, descrevendo como se deu a procura pelo atendimento por parte do usuário e o desfecho do atendimento; 2) a relação entre a experiência narrada com os temas trabalhados nas aulas do curso, descrevendo os impactos da educação permanente no entendimento e no atendimento do caso em questão; 3) as expectativas em relação ao futuro a partir das discussões realizadas nas aulas sobre o processo de envelhecimento (preconceito, cuidados territoriais, políticas públicas, o seu próprio envelhecer).

Foram respondentes 88 profissionais de saúde de nível técnico, participantes do curso de educação permanente nas nove turmas das diversas regiões do município de São Paulo (Leste, Sul, Sudeste, Norte, Centro e Oeste). A partir de uma leitura exploratória do material, este se revelou de grande relevância para a produção de conhecimento acerca da importância da educação permanente na qualificação do cuidado e da atenção às pessoas idosas, podendo contribuir para a consecução dos objetivos do presente estudo ao revelar a inter-relação estabelecida entre o saber local e o conhecimento técnico e científico sobre saúde da pessoa idosa.

Portanto, foram utilizadas as informações que eu tinha registradas em meu banco de dados enquanto docente como objeto de análise. Com base no Artigo 1º da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo dados oriundos de uma prática profissional pregressa, com fins exclusivos de educação, não houve a submissão ao sistema CEP/Conep (Comitês de Ética em Pesquisa e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) durante o processo de educação permanente. Porém, havendo interesse em utilizar esses dados na presente pesquisa, foi realizado o processo de Consentimento Livre e Esclarecido de modo retroativo, entrando em contato com cada um dos 88 respondentes por e-mail para apresentar os esclarecimentos necessários acerca da pesquisa e solicitar a autorização para o uso das respostas (APÊNDICE D). Somente os respondentes que retornaram o e-mail, concordando com a utilização dos dados, tiveram consideradas para a análise as suas respostas. Compõem o *corpus* documental desta tese, por conseguinte, 54 questionários respondidos pelos profissionais de saúde que autorizaram o uso de suas respostas na presente pesquisa.

2.4 Análise dos dados

O processo de tratamento dos dados qualitativos se deu por meio da análise de conteúdo, apresentada por Bardin (1995, p. 34), o que corresponde a um conjunto de técnicas de análise das comunicações para “um tratamento da informação contida nas mensagens”. De modo a aprofundar os sentidos dos materiais coletados, a análise de conteúdo buscou produzir inferências embasadas em pressupostos teóricos e em situações concretas de acordo com o contexto social e histórico de sua produção e recepção (CAMPOS, 2004). Seguindo as indicações de Bardin (1995), para o tratamento dos dados foram contempladas três fases comuns à análise de conteúdo: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira etapa para o trabalho de análise dos depoimentos orais e dos questionários se deu pela organização e revisão dos materiais, leitura flutuante das transcrições das entrevistas e das respostas registradas pelos profissionais de saúde no instrumento de coleta do *Google Forms*, definição do *corpus* de análise para a consecução dos objetivos da pesquisa. Em seguida, a exploração do material para a identificação das unidades de significação foi a etapa mais extensa do processo, na qual procedeu-se com a codificação de temas recorrentes para uma análise temática e, posteriormente, a constituição das categorias de investigação. Os quatro depoimentos foram analisados separadamente, assim como cada questão do questionário, de

modo a serem articulados, por fim, a partir de referenciais acadêmicos consolidados na literatura, de inferências e interpretações da pesquisadora no decurso da categorização. A fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, portanto, refere-se à descrição e à discussão dos dados, apresentada no terceiro capítulo desta tese.

Também foi utilizado como ferramenta de apoio para a análise o *software* de análise qualitativa NVivo (versão 1.6.1), desenvolvido pela *QSR International*, de modo a refinar o processo de codificação e organização dos dados. A escolha pela utilização do *software* se deu em virtude de sua contribuição para o processo de codificação de dados segundo um esquema de classificação que permite fácil identificação, indexação ou recuperação de dados levantados durante a análise (AULD et al., 2007), fornecendo recursos diversos para auxiliar a investigação, tais como: a codificação de textos (denominada de “códigos” nas versões atuais, ou “nós” nas versões anteriores do *software*), a consulta de frequência de palavras entre o conteúdo investigado, a criação de nuvem de palavras, a comparação das relações entre códigos ou casos, entre outros.

Sendo a pesquisadora a responsável por inserir manualmente os dados e explorar as ferramentas de análise no *software*, a primeira etapa do processo consistiu no armazenamento do material no banco de dados do NVivo, seguida da classificação dos casos, ou seja, o estabelecimento de atributos para unidades de análise – que, no caso desta pesquisa, significou classificar os profissionais de saúde participantes do estudo (casos) conferindo-lhes atributos demográficos, como idade, gênero, profissão, local de trabalho e região de atuação profissional, configurando uma coleção para análises comparativas. Foram realizadas consultas para identificar as palavras que ocorreram com maior frequência nos materiais, de forma a auxiliar no estabelecimento dos principais códigos, isto é, os termos-chave. Para a codificação dos dados, a pesquisadora identificou os temas principais emanados da leitura individual dos materiais, considerando também as palavras com maior ocorrência, definindo-se, assim, os códigos. Também foi possível identificar códigos subordinados (subcategorias) para os códigos superiores (categorias), fundamentando-se na inferência de sentido sobre a produção escrita dos participantes.

2.5 O cenário da produção de conhecimentos: a escola formadora de trabalhadoras e trabalhadores para o SUS

Conhecer o contexto da educação profissional em saúde no município de São Paulo, calcada na perspectiva da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), é essencial para a compreensão de um dos cenários no qual esta pesquisa se fundamenta, além de conferir visibilidade para o próprio cenário que sustenta as ações de formação para a transformação das práxis de trabalho no SUS. Conforme assinalaram Scarcelli e Junqueira (2011, p. 343), existem

distintas formas de se compreender esse sistema de saúde, seus princípios e, em consequência, as diversas estratégias para executar políticas públicas e implementar práticas. As diferentes formas de compreensão e implementação do SUS são fundamentadas em determinadas concepções de Estado, de sociedade, de sujeito, de saúde, de educação.

Este processo de educação no trabalho em saúde, que “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2012, p. 20), privilegia a consolidação dos princípios do SUS – universalidade, equidade, integralidade e participação social.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), que se processa no aprender e ensinar no cotidiano das pessoas e organizações, pauta as necessidades de formação de profissionais a partir das necessidades de saúde das pessoas e populações. É viabilizadora da análise e reflexão crítica sobre a realidade dos territórios, partindo dos problemas enfrentados na realidade local – levando em conta as experiências e os conhecimentos que as pessoas já possuem – para transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho (BRASIL, 2007). Em material lançado pelo Ministério da Saúde com a finalidade de suscitar debates sobre o reconhecimento e fortalecimento da EPS, esta é caracterizada

como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2018, p. 10).

O processo de educação permanente tratado na presente pesquisa foi delineado no contexto da Escola Municipal de Saúde (EMS), a qual tem a particularidade de também abarcar a Escola Técnica do SUS (ETSUS), sendo vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de São Paulo. Trautwein (2019) explica que, além da EMS, existem duas escolas de saúde, independentes entre si, no município de São Paulo – o Centro de Formação da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (CEFORS-SES-SP) que pertence à Secretaria Estadual de Saúde, e a Escola Municipal de Educação Profissional e Saúde Pública Professor Makiguti, pertencente à Secretaria Municipal de Educação. E no que concerne à contextualização destas escolas de saúde em âmbito nacional, a autora explicita:

No Brasil, atualmente, existem quarenta e uma escolas de saúde públicas, sendo uma do governo federal, sete municipais e trinta e três estaduais. Estas escolas têm por finalidade a formação profissional de trabalhadores da saúde, a partir da realidade social, tendo o trabalho como princípio educativo e como dimensão fundamental de sua constituição (BRASIL, 2009). Com diferentes nomenclaturas, reúnem-se em rede distribuídas em todo o território nacional. Esta Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) foi a estratégia criada pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011) de articulação, troca de experiências, promoção de debates coletivos e da construção de conhecimento na área de educação profissional em saúde, visando o fortalecimento da formação para a saúde. A origem destas escolas de saúde remonta ao Projeto Larga Escala, projeto de formação de profissionais da área de enfermagem, iniciado em 1985, desenvolvido em todo o país que se tornou a mola propulsora da formação das Escolas de Saúde no Brasil. Estas Escolas, inicialmente, chamadas de Centros de Formação e atualmente, denunciando a multiplicidade de nomenclaturas ao redor do país, podem também denominar-se como Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS), Escola de Formação Profissional, Centro de Educação Profissional, Escola de Saúde Pública, Núcleo de Educação e Formação em Saúde, Centro Formador de Recursos Humanos, Escola Politécnica de Saúde, Centro de Educação Permanente, Escola Municipal de Saúde etc. (TRAUTWEIN, 2019, p. 23).

Nesta conjuntura, apresenta-se uma breve contextualização histórica da Escola Municipal de Saúde, de modo a reconhecer a concepção de educação na saúde adotada para se alcançar, no presente, a formação de trabalhadoras e trabalhadores no curso de Especialização Técnica de nível médio em Saúde Mental do Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana, que também é caracterizado a seguir.

2.5.1 A Escola Municipal de Saúde

Um Centro de Formação Permanente é um centro que se centra nesta preocupação da passagem que é sempre tensa e que às vezes é traumática. A passagem do puro estar no mundo para a posição de quem, estando no mundo, procura saber-se no mundo e saber o mundo. Para isso, a formação permanente exige o exercício crítico intelectual

que é o exercício exigido pela teoria¹⁶ (FREIRE, 1990, apud TRAUTWEIN, 2019, p. 111)

Para descrever a cronologia, os objetivos e as concepções da Escola Municipal de Saúde (EMS), fundamentamo-nos no minucioso trabalho de Trautwein (2019) que realizou uma dedicada investigação acerca da história da Escola Municipal de Saúde desde sua fundação em 1990, perscrutando entre os registros dos documentos oficiais para compor sua pesquisa, tendo, porém, o objetivo principal de (re)construir um sentido para o histórico da EMS na perspectiva dos trabalhadores e ex-trabalhadores – incluindo sua própria trajetória profissional. O resgate e a compreensão dos processos de formação de profissionais do SUS pode ser vislumbrado em tal reconstrução histórica.

A autora constrói a cronologia das transformações na EMS em sua estreita associação com as gestões municipais, bem como da Secretaria de Saúde e da própria Escola. Tais mudanças repercutiram nas concepções ideológicas, na estruturação dos processos de trabalho, nas formas de gerenciamento, na composição das equipes de profissionais e, conseqüentemente, na dinâmica das políticas voltadas à formação de profissionais ao longo dos anos. A Escola de Saúde do município foi criada em 30 de março de 1990, com a publicação do Decreto Municipal nº 28.625/90 sob a gestão da Prefeita Luiza Erundina, inicialmente como Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde (CEFOR):

O significado idealizado e mais tarde dado à sigla CEFOR, era de Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde, por se almejar que estes fossem os sujeitos do processo de formação e, naquele momento, também sujeitos da construção do SUS. Idealizava-se assim um duplo processo: de formação do trabalhador como sujeito da construção do sistema de saúde e de construção de um caráter cidadão que o levasse a exercer seus direitos e deveres enquanto morador da cidade de São Paulo. Pretendia-se que o trabalhador aluno, trabalhador professor etc. entendesse a importância de atuar no SUS como trabalhador e como cidadão, já que também seria usuário do sistema (TRAUTWEIN, 2019, p. 37).

Projetado de forma inovadora e avançada, Abreu (2019) assinala o alinhamento dos fundamentos do CEFOR com os princípios da Reforma Sanitária e os fundamentos da educação freiriana. A autora complementa que, à época profícua e construtiva da inauguração do então CEFOR, Paulo Freire era o Secretário da Educação do município de São Paulo e, como grande incentivador do projeto, cedeu o espaço para a instalação da Escola de Saúde, que pertencia à Secretaria Municipal de Educação.

¹⁶ Trecho do discurso proferido por Paulo Freire na inauguração do CEFOR, o Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde, em 1990.

Trautwein (2019) destaca, a respeito do subsequente íterim de alternâncias de gestões, as consequentes mudanças de nomenclatura da EMS, que percorreu diferentes denominações após sua criação, incorporando a Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS-SP) em 2002, transformando-se em Escola Municipal de Saúde (EMS) em 2011, tornando-se Escola Municipal de Saúde Pública (pertencente à Coordenadoria de Educação em Saúde e Gestão do Conhecimento - CESGEC) em 2016, denominando-se Centro de Desenvolvimento Ensino e Pesquisa em Saúde (CEDEPS) em setembro de 2017 e, em setembro de 2018, voltou a denominar-se Escola Municipal de Saúde (EMS).

Segundo Abreu (2019), as cinco diferentes gestões pelas quais a EMS passou desde 2015 – por serem conduzidas por pessoas convidadas – e os períodos entre essas gestões – conduzidos por um “gabinete de crise” sem poder decisório – impactaram na resolução de problemas e nas atividades em andamento na EMS, incluindo Projeto Rede Sampa, que será caracterizado a seguir.

2.5.2 Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana

Tomamos o aprofundado estudo de Abreu (2019) para referenciar o significativo percurso formativo do Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana (PRS), que vem se consolidando no município de São Paulo desde o ano de 2013, desenvolvendo diversas iniciativas para favorecer a articulação intersetorial dos serviços para a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de São Paulo, estabelecida pela Portaria nº 3.088/2011. Dentre as ações realizadas, incluem-se formações de Especialização em Saúde Mental, Especialização Pós-Técnico em Saúde Mental, Seminários, Encontros, Rodas de Conversa e Cursos com cargas horárias e conteúdos diversos.

Ainda de acordo com a autora, o projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana propõe a reunião de trabalhadores das diferentes esferas de atenção para a reflexão acerca das singulares condições de sofrimento e de práticas de cuidado, buscando ampliar o compartilhamento de experiências, a capacidade de intervir e alterar a realidade onde estão inseridos e, conseqüentemente, fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Pode-se elencar como objetivos do Projeto: qualificar os trabalhadores e trabalhadoras das Redes de Atenção para o cuidado em saúde mental, focalizando a manutenção de vínculos familiares e sociais, bem como a minimização do sofrimento psíquico; promover o cuidado em rede a partir da reorganização dos processos de trabalho, visando a integralidade na atenção à saúde da população. Sua consolidação se deu por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS)

– Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), Coordenação de Saúde Mental e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTS)/Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES); – e a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS) – Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas e Coordenação de Gestão de Pessoas (CGP)/Escola Municipal de Saúde (EMS) (ABREU, 2019).

O PRS, que desde sua origem abarcou três principais áreas temáticas, sendo a Atenção à Saúde Mental da Infância e Adolescência; Atenção à Saúde Mental do Adulto e às Situações de Crise; Atenção à Saúde dos Usuários de Substâncias Psicoativas, teve a inclusão de forma inaugural na história do Projeto, no ano de 2019, da unidade temática “Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa”, consolidando no Curso de Especialização Técnica de nível médio a abordagem da velhice enquanto objeto da práxis da saúde mental.

O delineamento do Projeto Rede Sampa e as experiências promovidas em seu âmbito durante os anos de 2013 e 2016 também foram descritos por Costa e colaboradores (2020), que demonstraram a articulação dos campos da saúde mental com a formação de trabalhadores da saúde como uma possibilidade de fazer frente aos retrocessos no movimento da luta antimanicomial:

Assim, do ponto de vista de fortalecimento da atenção psicossocial pelos diversos pontos de atenção da rede, as ações desenvolvidas possibilitaram aos trabalhadores o reconhecimento dos parceiros do território de trabalho, a apresentação das problemáticas comuns, a elaboração de encaminhamentos conjuntos e de novas estratégias alinhadas ao modelo psicossocial considerando, para além de determinantes biológicos, a abordagem das determinações sociais, econômicas, culturais, afetivas do sofrimento psíquico (COSTA, et al., 2020, p. 1323).

Nesse sentido, a conjunção entre o mundo da formação e o mundo do trabalho oportunizada pelo Projeto Rede Sampa remete à simbologia do próprio logotipo do Projeto: um mosaico hexagonal de unidades de significados que se congregam para ganhar formas complexas. Mais do que a simples soma ou justaposição de fragmentos de afetos, saberes e significações coletivas e pessoais proporcionadas durante a formação, são os caprichosos tensionamentos das fronteiras de alteridades que convidam a um sem-fim de conexões e construções coletivas transformadoras das realidades.

3. Por um registro da pandemia na versão dos vencidos

Inscrever a experiência das velhices oprimidas nos registros de um tempo histórico de pandemia é uma tarefa – de inspiração benjaminiana – que envolve perscrutar os fragmentos de saberes para a produção de sentidos, coletivos e pessoais, pelas memórias e resistências de um passado em aberto. É um trabalho artesanal de produzir uma narrativa “a contrapelo” do período pandêmico, que se assemelha ao processo de puxar os fios que tecem uma compreensão das velhices no esgarçado tecido social pandêmico.

Coordenando alma, olho e mão, busquei compreender a experiência das velhices no contexto das novas determinações da covid-19, em que importa saber das experiências rememoradas por aqueles que as viveram, e não entender como a pandemia de fato se deu – tal como Walter Benjamin (2012) descreve o tecido da rememoração de Marcel Proust. A coordenação entre a alma, o olho e a mão foi descrita pelo autor em seu célebre texto “O Narrador”, referenciando o filósofo e poeta francês Paul Valéry ao correlacionar a arte de narrar e a prática de um artesão. Questiona se não seria a relação entre o narrador e a vida humana uma relação artesanal, erigida no trabalho transformador da matéria-prima da experiência em um produto único, tendo a alma, olho e mão em uníssono para substanciar a narração. Empenhei-me cuidadosamente, portanto, em ser uma testemunha qualificada dos depoimentos orais e escritos de profissionais de saúde e pessoas idosas, sendo uma voz aliada na luta pela dignidade de seu passado que urde o presente.

Cabe destacar que o momento do depoimento também é momento privilegiado de elaboração das experiências e, como demonstra Ecléa Bosi (2003), é preciso compreender o depoimento como um *trabalho* da pessoa idosa, no qual a entrevista nada tem de semelhante ao fenômeno da mais-valia de apropriação do fôlego e do tempo do outro, mas em que prevalece o respeito e a formação de laços de amizade. Por conseguinte, a partir de uma experiência educativa construída artesanalmente e fundada em relações afetuosas – ocorrida no contexto da escola formadora do SUS através do Projeto Rede Sampa - Saúde Mental Paulistana – foram selecionadas as pessoas participantes da presente pesquisa, conforme explicitado no capítulo de descrição dos aspectos teórico-metodológicos.

Neste capítulo apresentam-se as discussões sobre os questionários analisados e as entrevistas conduzidas de modo a se lograr, entre as múltiplas produções acerca da historiografia desse período pandêmico de covid-19, um registro da pandemia na versão das velhices. Ressalta-se que a amostra de pessoas idosas retratada nos materiais da investigação é

representativa da população atendida pelas profissionais nos serviços públicos da Atenção Básica em saúde no município de São Paulo. Ademais, as restrições impostas pela crise sanitária acabaram por ser um impeditivo para o contato com pessoas idosas, mesmo com o percurso metodológico escolhido no presente estudo. Nessa direção, indica-se a continuidade de pesquisas que desenvolvam entrevistas em profundidade com pessoas idosas para auxiliar no conhecimento sobre as necessidades psicossociais, as dificuldades socioeconômicas, os processos de luto, lutas e resistências dessa população durante a pandemia, de modo a embasar o desenvolvimento de políticas afinadas com suas demandas, promover ações de enfrentamento ao etarismo e tornar a sociedade inclusiva para a diversidade das velhices.

3.1 Questionários com profissionais do SUS participantes do curso de educação permanente da Escola Municipal de Saúde

Um elemento que se apresentou como fonte significativa para a composição do *corpus* documental desta tese foi a produção escrita das trabalhadoras e trabalhadores do SUS, que responderam um questionário avaliativo elaborado pela autora desta pesquisa no contexto da unidade “Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa”, do curso de Especialização Técnica de Nível Médio em Saúde Mental - Projeto Rede Sampa - da Escola Municipal de Saúde (APÊNDICE G). Como explicitado no capítulo que trata dos aspectos metodológicos da pesquisa, a experiência de educação permanente em questão se deu no período de março a outubro de 2020, quando fui contratada como docente especialista para ministrar uma unidade educativa para a abordagem de questões pertinentes à práxis psicossocial junto às velhices. Participei da educação permanente de 139 profissionais de saúde¹⁷ (técnicos de farmácia, enfermagem e vigilância em saúde), distribuídos entre nove turmas em todas as regiões do município de São Paulo, sendo três turmas da região sul (54 profissionais), duas turmas da região sudeste (30 profissionais), uma da região norte (22 profissionais), uma da região central (14 profissionais), uma da região leste (13 profissionais) e da região oeste (6 profissionais), que participaram de 16 horas de formação realizada de forma remota e síncrona.

A atividade de avaliação das aulas de Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa, circunscrita ao contexto de aprendizagem, foi proposta aos alunos e alunas/profissionais ao final da unidade

¹⁷ O número de profissionais/estudantes que participaram da unidade “Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa”, ministrada pela autora deste estudo, não corresponde à quantidade total de estudantes regulares do curso de educação permanente do Projeto Rede Sampa, uma vez que o curso já havia sido iniciado em 2019 e a unidade em questão fora ministrada anteriormente por outra docente em três turmas.

pedagógica do módulo “O Cuidado em Saúde Mental” do Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana. Um total de 88 profissionais responderam um questionário disponibilizado na ferramenta *Google Forms* elaborado pela docente especialista, com questões para a identificação das pessoas respondentes (nome, idade, profissão, local de trabalho, turma) e três questões abertas, quais sejam:

- 1) Escreva uma narrativa sobre sua experiência com uma pessoa idosa atendida em sua unidade. Revisite os acontecimentos, buscando contar como se deu a procura por atendimento por parte da pessoa idosa (procura espontânea? com agendamento? acompanhante de outro usuário?), como foi realizado o atendimento pela equipe, e enriqueça a narrativa com seus sentimentos.
- 2) Relacione esta experiência que acabou de compartilhar com um tema trabalhado nas aulas de Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa. Quais discussões das aulas podem contribuir para melhorar o entendimento e o atendimento desse caso?
- 3) Finalmente, conte o que você espera do futuro a partir do que discutimos sobre o processo de envelhecimento nas aulas (preconceito, cuidados territoriais, políticas públicas, seu próprio envelhecer).

Como destaca Gil (2019), a elaboração de um questionário é tarefa desafiadora na medida em que é preciso transformar em questões os objetivos da pesquisa, de modo que as respostas forneçam elementos para a reflexão sobre o problema investigado. É importante salientar que, embora o questionário em questão não tenha sido elaborado, especificamente, para esta pesquisa, e sim para o contexto da avaliação do curso, a leitura exploratória das respostas possibilitou identificar a pertinência dos conteúdos emanados dos questionários para o escopo desta tese. Isso porque é possível identificar relevantes aspectos das relações entre profissionais e pessoas idosas durante a pandemia, dar visibilidade para as experiências de profissionais de saúde em suas práticas de cuidado às velhices nos territórios, apreender as necessidades de formação para direcionar propostas de educação permanente no SUS e, ainda, vislumbrar contornos possíveis para a transformação das concepções etaristas sobre o processo de envelhecimento.

Uma vez mais, vale enfatizar que, embora não tenha havido a submissão do questionário para a avaliação do sistema CEP/Conep durante o processo de educação permanente, já que se tratava de uma prática profissional com fins exclusivos de educação àquela época, a partir do momento em que se considerou dispor desses dados para a presente pesquisa foi feito o processo de Consentimento Livre e Esclarecido de modo retroativo, com aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa com seres humanos da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e da Universidade de São Paulo. As pessoas respondentes foram contatadas individualmente por e-mail, receberam os esclarecimentos necessários acerca da pesquisa e foi-lhes solicitada a autorização para o uso das respostas do questionário (APÊNDICE D). Assim, dos 88

profissionais que participaram da aplicação do questionário durante o curso, 54 profissionais responderam o e-mail enviado declarando seu consentimento acerca da utilização dos dados e, portanto, tiveram suas respostas aqui consideradas. Os 54 profissionais responderam todas as perguntas do questionário.

Foram analisados 54 questionários respondidos por profissionais do SUS, sendo 34 técnicos de enfermagem, 14 técnicos de farmácia, e 06 técnicos em vigilância em saúde do SUS. A amostra foi constituída de 47 mulheres e 07 homens, com idade média de 44 anos, que participaram do Curso de Especialização Técnica de Nível Médio em Saúde Mental - Projeto Rede Sampa - da Secretaria Municipal de Saúde. Esses profissionais trabalham em distintos equipamentos do SUS, abarcando uma amostra de 27 Unidades Básicas de Saúde¹⁸ (UBS), 12 Centros de Atenção Psicossocial¹⁹ (CAPS), 06 Unidades de Vigilância em Saúde²⁰ (UVIS), 02 AMA/UBS Integrada²¹ (Assistência Médica Ambulatorial), 02 Hospitais²², 02 Serviços Residenciais Terapêuticos²³ (SRT), 01 Serviço de Atenção Especializada²⁴ (SAE), 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST)²⁵, 01 Ambulatório de Especialidades (AE)²⁶. No que tange às diferentes regiões de atuação, tem-se a distribuição de 17 profissionais da região sul, 12 profissionais da região sudeste, 10 da região leste, 08 da região norte, 05 da região central e 02 da região oeste.

Foi utilizado o *software* NVivo (versão 1.6.1) como ferramenta de apoio para o processo analítico dos dados qualitativos, sem substituir, no entanto, o minucioso trabalho de inferência e interpretação por parte da pesquisadora. Na primeira etapa da análise, identificada por Bardin (1995) como pré-análise, o material dos questionários foi armazenado no NVivo em 54 arquivos

¹⁸ Ver mais sobre UBS:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936#:~:text=Estrutura%20e%20Servi%C3%A7os%20da%20Aten%C3%A7%C3%A3o,na%20cidade%20de%20S%C3%A3o%20Paulo.

¹⁹ Ver mais sobre CAPS:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=204204>

²⁰ Ver mais sobre UVIS:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/suvis/index.php?p=7345>

²¹ Ver mais sobre AMA/UBS Integrada:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=185266>

²² Ver mais sobre Hospitais:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/rede_hospitalar/index.php?p=5429>

²³ Ver mais sobre SRT:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_mental_ad/index.php?p=303570>

²⁴ Ver mais sobre SAE:

<<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/istaid/index.php?p=245171>>

²⁵ Ver mais sobre CRST:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/saude_do_trabalhador/index.php?p=6989>

²⁶ Ver mais sobre AE:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_do_servidor_publico_municipal/servicos/amb_descentralizados/index.php?p=6171>

individuais, identificados com nomes fictícios. O material foi revisado integralmente e se fizeram necessários pequenos ajustes ortográficos na produção escrita das profissionais para a correção de palavras com erros de digitação, ausência de acentuação ou abreviações (por exemplo: “sr” foi alterado para “senhor”, “vó” alterado para “avó”), de modo a permitir a identificação e agregação das palavras pelo software para as consultas necessárias, sem que fosse alterado o sentido das orações produzidas pelas profissionais – uma vez que a leitura do registro no seu contexto garantiu a preservação dos sentidos em que as palavras foram utilizadas. Também foram associados aos arquivos armazenados no NVivo os atributos para a classificação da amostra de profissionais respondentes do questionário, atrelando-se atributos como idade, gênero, profissão, local de trabalho e região de atuação profissional (classificação dos casos).

A leitura flutuante do material para uma aproximação de seu conteúdo foi norteada pelas temáticas das três perguntas do instrumento de coleta, uma vez que os enunciados indicavam temas que conduziram as respostas das profissionais. Assim, de maneira inferencial, foram classificados três campos temáticos principais sobre a relação dos participantes com as velhices, a saber: 1) experiências; 2) saberes das experiências; 3) prospectivas. A articulação entre estes três campos oportuniza o estabelecimento de uma relação entre passado, presente e futuro na sua prática de cuidar de pessoas idosas. Estes campos temáticos foram base para a posterior sistematização dos códigos e categorização.

Na etapa de exploração do material, para realizar a primeira etapa da codificação, uma consulta ao *software* foi feita para identificar os 50 principais termos que ocorrem com frequência no conteúdo de cada uma das três perguntas do questionário, separadamente. A localização dos termos foi realizada incluindo palavras similares, ou seja, palavras que compartilham o mesmo radical foram agrupadas pelo NVivo no resultado da consulta (exemplo: os termos “idoso”, “idosa”, “idosos” e “idosas” foram associados e contabilizados em adição na mesma ocorrência). Ressalta-se que algumas palavras similares foram consultadas no texto da resposta na íntegra, de modo a confirmar se os sentidos das palavras no respectivo contexto das respostas de fato coincidiam.

A depender da natureza da pergunta do questionário, o quantitativo das 50 palavras mais frequentes das respostas foi reduzido progressivamente, até serem encontrados os principais códigos (termos-chave) entre as produções escritas das profissionais. Também foram desconsideradas as palavras que não eram relevantes para a pesquisa, correspondentes a artigos, pronomes, preposições, conjunções e verbos de ligação (por exemplo: ser, estar).

As perguntas do instrumento foram analisadas separadamente no NVivo, criando-se um código para cada pergunta para o tratamento dos campos temáticos supracitados (experiências, conhecimentos e perspectivas), considerando-se as respostas individuais das profissionais e os subgrupos de participantes configurados pelos atributos para criação e análise das categorias dentro de cada campo temático. Cabe uma última observação, a de que as menções feitas pelas profissionais acerca da pandemia serão apresentadas e categorizadas em conjunto às análises das entrevistas, de forma a agregar os elementos e aprofundar as discussões sobre o tema. A apresentação, análise e interpretação dos dados dos questionários se dará a seguir.

3.1.1 “Minha experiência com a pessoa idosa vai muito além do trabalho”: experiências de cuidado com as velhices

O primeiro campo temático relaciona-se às experiências de cuidado por parte das profissionais de saúde, respondentes do questionário em questão, em relação às pessoas idosas que buscam atendimento nos equipamentos onde trabalham. Mesmo que de forma abrangente e indireta, aspectos do cuidado atinentes a um significativo episódio pregresso de suas práticas de trabalho foram expressos por estas profissionais ao responderem a seguinte pergunta:

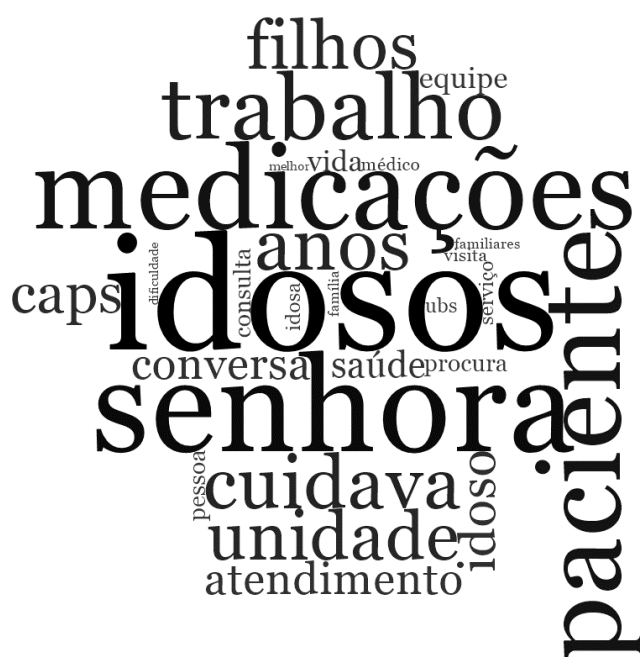
- Escreva uma narrativa sobre sua experiência com uma pessoa idosa atendida em sua unidade. Revisite os acontecimentos, buscando contar como se deu a procura por atendimento por parte da pessoa idosa (procura espontânea? com agendamento? acompanhante de outro usuário?), como foi realizado o atendimento pela equipe, e enriqueça a narrativa com seus sentimentos.

Foi realizada uma primeira consulta no *software* NVivo aos 50 termos que ocorreram com frequência no conteúdo das respostas referentes a esta primeira questão, incluindo-se na busca palavras com a mesma origem (por exemplo: os termos “filha”, “filho”, “filhas” e “filhos” foram agrupados no resultado da consulta). Algumas palavras foram selecionadas para serem desconsideradas no resultado da consulta por não serem relevantes para a pesquisa, já que suas classes gramaticais não abarcam significados pertinentes para a compreensão do campo temático²⁷. Executando uma nova consulta aos 50 termos de maior ocorrência com estes filtros de palavras aplicados, ainda se apresentaram palavras que não eram relevantes para a pesquisa. Isto pode ter ocorrido em decorrência de o enunciado da primeira pergunta do questionário

²⁷ Foram adicionadas à lista de palavras impedidas do *software* os seguintes termos: “não”; “foi”; “estava”; “falou”; “muito”; “fazer”; “ter”; “sempre”; “ficou”; “ser”; “chegou”; “era”; “onde”; “devido”; “até”; “então”; “meu”; “passar”; “vezes”; “alguns”; “pela”; “dias”; “nossa”.

envolver uma questão demasiado abrangente, cujas respostas contendo relatos de experiências foram tão diversificadas quanto as mais diversas experiências de profissionais em seus variados contextos de trabalho – e narrar experiências envolve o emprego de grande número de conectivos, verbos, advérbios etc. Nesse sentido, optou-se por reduzir o quantitativo de palavras para os 25 termos mais referidos no material. Abaixo apresenta-se uma nuvem de palavras elaborada no *software* NVivo com a apresentação das principais palavras ou termos-chave mencionados pelos participantes da pesquisa (quanto maior a fonte da palavra, maior sua recorrência no material), seguida pela tabela contendo estas mesmas palavras mais citadas na primeira pergunta do questionário (associadas às palavras similares), com sua respectiva ocorrência de citações (contagem da quantidade de vezes em que a palavra ocorreu) e o número de participantes da pesquisa que as mencionaram.

Figura 1 – Nuvem de palavras do campo temático das experiências de cuidado com as velhices



Fonte: elaboração própria através do *software* NVivo.

Tabela 2 – Frequência de termos-chave e palavras similares em ordem de ocorrência no campo temático das experiências de cuidado com as velhices

Ocorrência	Menções (N=54)	Termos-chave	Palavras similares
74	35	idosos	idosos, idoso, idosa
54	23	senhora	senhor, senhora
48	18	medicações	medicação, medicações, medicada, medicamento, medicamentos, medicar
47	20	paciente	paciente, pacientes
40	26	trabalho	trabalha, trabalham, trabalhando, trabalhar, trabalhei, trabalho, trabalhos
35	20	cuidado	cuida, cuidada, cuidadas, cuidado, cuidados, cuidar, cuidava
34	24	anos	anos
33	19	filhos	filha, filhas, filho, filhos
32	25	unidade	unidade
30	16	família	família, famílias, familiar, familiares
29	11	CAPS	CAPS
25	14	conversa	conversa, conversamos, conversando, conversar, conversas, conversasse, conversei, conversou
25	16	atendimento	atendimento, atendimento
22	15	saúde	saúde
20	13	equipe	equipe
20	14	vida	vida
18	12	procura	procura, procurado, procuram, procurar, procurasse, procuro, procurou
18	13	consulta	consulta, consultas
18	13	pessoa	pessoa
17	11	serviço	serviço, serviços
17	12	UBS	UBS
16	13	médico	médica, médico, médicos
16	09	visita	visita, visitamos, visitar, visitas
14	12	dificuldade	dificuldade, dificuldades
14	10	melhor	melhor, melhorando

Fonte: elaboração própria.

Naturalmente, “idosos” foi o termo-chave com maior ocorrência e menção entre a produção escrita das participantes da pesquisa, uma vez que se trata do objeto de investigação do questionário, seguido pelas palavras correlatas “senhor” e “senhora”, usadas para se referir às pessoas mais velhas e/ou empregadas como pronome de tratamento respeitoso. Considerando as demais palavras como indicações de possíveis unidades de significação, foram realizadas novas leituras exploratórias do material para a identificação das seguintes categorias de

investigação, as quais serão discutidas na sequência: 1) relações intergeracionais de solidariedade; 2) caracterização socioeconômica e de saúde da amostra de pessoas idosas; 3) acessibilidade aos serviços de saúde; 4) vínculo profissional-usuário; 5) sentimentos. Mais uma vez, ressalta-se que as menções feitas pelas profissionais a respeito de suas experiências durante a pandemia serão apresentadas e categorizadas em conjunto às análises das entrevistas.

3.1.1.1 Relações intergeracionais de solidariedade

Ao responderem a primeira questão relatando suas experiências nos serviços de saúde com pessoas idosas, assinala-se que as profissionais narraram algumas histórias recentes que tiveram lugar durante a pandemia, outras ocorridas há anos. Foram compartilhados casos de idosos usuários dos serviços, de colegas de trabalho com mais de 60 anos, foram relatadas experiências com pessoas idosas acompanhantes de usuários atendidos (avós, esposas) e com pessoas idosas que são parte de seu próprio núcleo familiar (pais, avós, tios).

A frase que intitulou o primeiro subtópico deste capítulo relaciona-se a esta categoria elencada no campo temático das experiências de cuidado com as velhices, e se refere à relevância das relações entre gerações para além do ambiente de trabalho destas profissionais, dentro e fora e do núcleo familiar. As memórias com seus avós foram resgatadas por uma profissional para legitimar o cuidado que desempenhou ao longo de seu trabalho com pessoas idosas:

Minha experiência com a pessoa idosa vai muito além do trabalho. Fui criada por meus avós e a eles devo muito. Sempre tentei procurar alguma forma de ajudar idosos, por conta da experiência maravilhosa que tive na infância e na adolescência. Em minha primeira experiência profissional, trabalhei em um centro de convivência de idosos, foram meses de muito aprendizado e muito amor envolvido. Depois consegui [passar no concurso] para agente de saúde, e adivinha? A área a maioria eram [sic] idosos [...]. (PROFISSIONALC6)

O contato intergeracional pode oportunizar relações de alteridade para que se funde a experiência de identificação e/ou diferenciação com pessoas idosas e, segundo Goldfarb e Lopes (2006), a cultura determinará o modo das relações sociais de solidariedade ou de dominação. Os aspectos vinculares das relações familiares, pregressas ou atuais, experienciados entre profissionais e pessoas idosas demonstram, nos relatos, que os afetos são facilitadores do cuidado em sua atuação. Ademais, a identificação entre as pessoas idosas que frequentam os

serviços de saúde com seus próprios familiares idosos pode fazer com que as profissionais aprimorem sua conduta.

[...] Conteí esse fato, porque é o mais recente, mas no meu dia a dia me deparo com vários idosos, que procuram a unidade com consultas agendadas ou não, que vão na farmácia e sempre trato eles com muito carinho e respeito, pois os trato como gostaria que outros profissionais tratassem os meus pais que também são idosos (PROFISSIONALE2).

Vale ressaltar, no entanto, que a relação com as pessoas idosas, se se basear apenas na relação de familiaridade – isto é, se for mediada pelo conhecimento que se tem de pessoas idosas em relações de convívio próximo – pode comprometer a experiência de se relacionar com aquelas pessoas como elas, de fato, são. Além disso, os motivos para respeitar uma pessoa idosa não deveriam ser exteriores a ela. Nesse sentido, é a identificação de semelhanças com as pessoas idosas, que é acompanhada da experiência, o que permitirá combater as idealizações – os desejos, as fantasias e as expectativas – que antecedem o contato com os outros (CROCHÍK, 2011).

3.1.1.2 Caracterização socioeconômica e de saúde da amostra de pessoas idosas

A segunda categoria abarcou as características socioeconômicas e de saúde da amostra de pessoas idosas retratadas nos relatos das profissionais: pessoas em situação de vulnerabilidade social²⁸, que passaram por situações de violência (física, sexual, econômica, negligência, abandono), usuários que frequentam os serviços há muitos anos acometidos por doenças crônicas, sendo hipertensão e diabetes as condições mais recorrentes – doenças intimamente associadas que não podem ser tratadas de forma adequada separadamente (OMS, 2015) – e também uma maioria de mulheres idosas (igualmente em situação de vulnerabilidade e fragilidade) sendo as únicas responsáveis pelo cuidado, desde aquelas que são usuárias dos serviços de saúde até aquelas que frequentam as unidades de saúde como acompanhantes de netos, filhos e esposos – e que também acabam passando a usufruir dos serviços por intermédio da equipe.

²⁸ Existem diferentes definições de vulnerabilidade social e o conceito já assumiu diversas conotações desde a sua criação na década de 1980, mas estudos sobre o termo e sua discussão atrelada a grupos de menor dominância social – minorias – permitem a associação entre vulnerabilidade e a ideia de precariedade de condições de vida, caracterizando uma crescente parcela da população em situação desfavorável comparada a outros grupos populacionais (SCOTT et al., 2018).

Geralmente as pessoas idosas que chegam em nossa unidade com queixas de dores ou portadora de alguma doença crônica, muitas sem tempo de serviço para aposentadoria, relatam que trabalham desde crianças, algumas em ambientes domésticos, ou provenientes de lavouras, em extrema dificuldade financeira, pois como não possuem registros dos antigos trabalhos acabam não possuindo carência para aposentadoria e necessitam trabalhar mesmo doente para garantir o seu sustento e da sua família, algumas apresentam desgaste emocional, pois chegam muito sensíveis e chorosas. (PROFISSIONALC10)

Vou relatar sobre uma idosa mãe de um paciente, quando comecei a trabalhar na unidade ela já ia acompanhando o filho que muitas vezes nem aparece na unidade, a mesma que vai até às consultas, e retira seus medicamentos onde a mesma não é alfabetizada, nós da unidade acolhemos ajudando ela em relação aos medicamentos [...] (PROFISSIONALD8).

[...] Vamos chamar a senhora de Rosa e o senhor de Cravo para melhor compreensão do caso. [...] O casal residia em uma casa térrea e sem ajuda externa para cuidados de higiene tanto pessoal quanto doméstico; Cravo era hipertenso, diabético e sofreu um AVC (Acidente Vascular Cerebral), o qual lhe deixou como seqüela a paralisção do lado direito do corpo e face incluindo a fala, devido à falta de cuidados e estimulação motora e fonoaudióloga, em curto espaço de tempo esses órgãos afetados ficaram atrofiados; ao realizarmos a visita no domicílio, verificamos a precariedade da situação no estado geral de Cravo, bem como da higiene da casa. Rosa era a única pessoa que cuidava do ambiente, da alimentação de si própria e também de Cravo, devido à sua idade avançada, Rosa oferecia uma alimentação insatisfatória a Cravo, era basicamente sopa industrializada comprada no mercado e miojo, o que causou um quadro de desnutrição no paciente, a casa era bastante suja e cheirava mal, a higiene pessoal de Cravo era realizada apenas duas vezes na semana, pois Rosa alegou que não tinha condições físicas para realizá-la diariamente [...]. (PROFISSIONALD17)

Em estudo realizado na cidade de São Paulo para a descrição do perfil sociodemográfico da população idosa (2019), os indicadores de “Condições de Vida” revelam que o número de idosos em situação de pobreza e extrema pobreza (renda per capita entre ¼ do salário mínimo vigente em 2010 até ½ salário mínimo) para cada 1000 idosos, tem sua maior taxa no distrito de Parelheiros na região Sul (276,77), seguido pelos distritos pertencentes à macrorregião Leste do Parque do Carmo (276,58), Iguatemi (251,30), Jardim Helena (233,93) e Itaim Paulista (231,05). O mesmo material também mostra que a proporção de idosos analfabetos atinge mais de 25% em alguns distritos da macrorregião Sul (Marsilac, Parelheiros, Grajaú e Jardim Ângela), e que chega a 14 anos a diferença entre os distritos com a pior e a melhor expectativa de vida ao nascer: 71,28 anos em São Miguel Paulista, na Zona Leste, e 85,33 anos em Alto de Pinheiros, na Zona Oeste, respectivamente. Já em “Condições de Habitação” é apontado, por exemplo, que 90% dos idosos residentes em Marsilac, na zona Sul, vivem em domicílios não adequados²⁹. A amostra de pessoas idosas retratadas nos questionários das profissionais de

²⁹ São considerados domicílios não adequados aqueles que não atendem todas estas condições: até dois moradores por dormitório; abastecimento de água por rede geral de distribuição; esgotamento sanitário por rede geral de esgoto ou pluvial ou por fossa séptica; lixo coletado diretamente por serviço de limpeza ou caçamba de serviço de limpeza (IBGE, 2010).

saúde está compreendida nestes dados organizados pela Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania/Coordenação de Políticas para Pessoa Idosa (2019), entre a população em alta vulnerabilidade social: dependentes do sistema público de saúde devido a comorbidades, em estado de pobreza, insegurança alimentar, com baixa escolaridade, entre outras condições inerentes às desigualdades sociais, sua distribuição nos territórios da maior cidade do país e as intersecções de marcadores sociais como classe, gênero, raça/etnia, orientação sexual e geração.

A “feminização da velhice” também é fenômeno cada vez mais explorado em estudos e pesquisas que se incumbem das impreteríveis discussões sobre gênero e velhice, e não somente no que diz respeito aos aspectos demográficos – uma vez que, segundo os resultados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, entre as pessoas com 60 anos ou mais no Brasil, 56% são mulheres, as quais vivem, em média, sete anos a mais do que os homens (IBGE, 2017). Importa ressaltar, como destacam Nicodemo e Godoi (2010, p. 41) que

As desigualdades por sexo promovidas pelas condições estruturais e sócioeconômicas em muitas situações alteram inclusive as condições de saúde, renda e a dinâmica familiar e têm forte impacto nas demandas por políticas públicas e prestação de serviços de proteção social. Viver mais não é sinônimo de viver melhor. As mulheres acumulam, no decorrer da vida, desvantagens (violência, discriminação, salários inferiores aos dos homens, dupla jornada, etc.) e têm maior probabilidade de serem mais pobres do que os homens e dependendo assim de mais recursos externos.

As mulheres idosas que integram os relatos de experiências de cuidado no SUS, retratadas por profissionais de saúde nesta pesquisa, são atravessadas pelos reflexos da exploração do trabalho de reprodução social ao longo da vida e sua relação com a baixa escolaridade, com o maior risco de pobreza, discriminação e adoecimento. Justamente por se tratarem de mulheres cujas vulnerabilidades se avultam, e que buscam nos serviços de saúde um esteio para o cuidado de si mesmas e dos seus, é fundamental que se amplie o entendimento sobre o cuidado, sobre a efetivação dos direitos de cidadania, de tal sorte que se fortaleça a integralidade, a educação em saúde e a articulação com as políticas de assistência social e educação – e que as vozes dessas mulheres idosas sejam ouvidas para muito além de suas enfermidades.

Nesse sentido, retomando a análise das palavras mais citadas pelos participantes desta pesquisa, chamou-nos a atenção a frequente menção à palavra “medicação” e termos similares, o que também se relaciona às discussões desta segunda categoria de análise sobre a caracterização das pessoas idosas. Isto porque, analisando o contexto das respostas em que estas palavras são citadas, verificou-se que o contato das pessoas idosas com os serviços de saúde se

deu, em sua maioria, em torno da retirada de medicações, troca de receitas, orientações para a organização e administração correta de medicações. Pesquisas evidenciam que um grande desafio para a saúde pública é o uso racional de medicamentos para a população idosa, já que há alta prevalência de polifarmácia (uso concomitante de cinco ou mais medicamentos) entre os idosos do município de São Paulo, podendo trazer graves consequências para este grupo etário (CARVALHO et al., 2012).

Certa vez, chegou a esposa do usuário que trabalho. Ele teve o primeiro surto logo depois de casar com aproximadamente 22 anos, e a mulher que cuidava dele desde então. Os dois já eram bem idosos, a mulher conhecia todos medicamentos, mas tinha dificuldade para organiza-los em casa, visto que eram muitos. Com os recursos disponíveis, montei caixinhas coloridas e com identificação, à fim de organizar aquelas medicações para aquele usuário. Eles ficaram tão agradecidos pelo o que fiz que me emocionei ao vê-los satisfeitos com meu atendimento e saber que consegui de alguma forma ajudá-los e surpreende-los. Agradeceram o atendimento e criamos um vínculo muito gostoso. (PROFISSIONALC7)

Cerca de 80% dos pacientes que atendemos na minha Unidade são adultos maduros e idosos, por isso presenciamos várias situações que necessitam de um cuidado maior aqui na farmácia. A maior dificuldade que acompanho é sobre o uso adequado dos medicamentos; tento ajudá-los da melhor forma, divido as medicações com elástico e coloco etiquetas em cada item, indicando os horários prescritos pelo médico. Creio que essa atitude ajuda muito para que o efeito terapêutico das medicações seja alcançado. E quando ainda resta dúvidas, indico o agendamento da consulta com a farmacêutica. Devemos acreditar sempre no poder da escuta como a melhor forma de ajudar toda população, principalmente os idosos (PROFISSIONAL B11).

São irrefutáveis as intervenções criativas dos profissionais de saúde para garantir a resolutividade das demandas da população idosa, mas uma vez estabelecidas no tradicional paradigma biomédico de cuidado, tais intervenções podem considerar a pessoa idosa como receptora do cuidado em uma posição passiva – “paciente”, aquela que tem paciência e é capaz de aguentar algo com resignação, segundo o dicionário³⁰. As palavras “medicação” e “paciente”, recebendo as maiores frequências de citação nos relatos de profissionais, trazem elementos para refletir se as pessoas idosas, quando acessam o sistema de saúde, deparam-se com um sistema estruturado em uma abordagem de base biomédica que enfatiza identificar problemas e corrigi-los – em detrimento de um cuidado com objetivos mais amplos, de longo prazo, com enfoque na sua funcionalidade, onde suas vidas tenham sentido e se sintam respeitadas (WHO, 2015). Da mesma forma que se faz necessário aprimorar a qualidade dos serviços para as pessoas idosas, organizando-os em torno de suas necessidades e preferências, é primordial promover ações para que as pessoas idosas se apropriem da complexidade das suas

³⁰ Houaiss A. Dicionário da língua portuguesa Houaiss. Rio de Janeiro: Instituto Antonio Houaiss, 2009.

necessidades sociais e de saúde, sendo capazes buscar a atenção para seus problemas de saúde não se restringindo à utilização de medicamentos.

3.1.1.3 Acessibilidade aos serviços de saúde

A partir do enunciado da primeira questão do questionário e do teor das respostas, também foi possível tecer algumas considerações sobre a acessibilidade das pessoas idosas à Atenção Básica em saúde no município de São Paulo, embora não se tenha elementos suficientes para uma análise dos fatores que favorecem ou prejudicam o acesso ou a continuidade do cuidado das usuárias nos serviços de saúde, por não se tratar do enfoque da pesquisa.

Apesar de não haver consenso entre autores sobre a conceituação, o enfoque e o emprego das terminologias acessibilidade e acesso, pode-se referir à acessibilidade como as características dos serviços e recursos de saúde que podem facilitar ou limitar seu uso por potenciais usuários (TRAVASSOS, MARTINS, 2004). Destaca-se quatro dimensões da acessibilidade das instalações, bens e serviços de saúde para pessoas idosas: não discriminação (incluindo a discriminação baseada na idade), acessibilidade física (para pessoas com limitações físicas), acessibilidade econômica (para pessoas com insegurança financeira como resultado da idade) e acessibilidade à informação (abarcando questões que envolvem desde a alfabetização até a possibilidade de utilizar algum recurso tecnológico para a teleconsulta, por exemplo) (WHO, 2015).

As formas de acesso relatadas pelas profissionais são diversificadas em relação à procura pelo atendimento, especialmente segundo o tipo de serviço. Variam de uma maioria agendada para consultas e exames de rotina nas UBS, ou procura espontânea para orientações ou para aferir a pressão arterial, por exemplo. Há demanda de atendimento espontânea para o primeiro contato nos CAPS, atendimentos de emergência a pessoas idosas debilitadas no serviço hospitalar. O elemento em comum a todos os relatos foi o fato de os casos terem sido acolhidos e atendidos no mesmo dia em que houve a procura pelo serviço. Apenas duas profissionais teceram críticas referentes à acessibilidade, a primeira citando o etarismo e dificuldades geográficas para o acesso aos serviços, e a segunda relatando não a sua perspectiva como trabalhadora do SUS, mas como familiar de uma pessoa idosa usuária dos serviços de saúde:

Observei que nem todos os meus colegas gosta de atender idoso se desfaz da pessoa atende mal e as vezes solta algumas piadinhas [...] e de como não é tão perto a rede de serviços da região onde trabalho e a dificuldade para estes idosos chegar em serviços de apoio até mesmo na UBS (PROFISSIONALD13).

Tenho a experiência com minha mãe de 83 anos que reside comigo. Ela é usuária da UBS do meu território. Temos constantemente muitas dificuldades em agendar consultas, pois a demanda é muito grande! Os agendamentos são realizados a cada 6 meses! E com a Pandemia não realizam agendamentos! Dificultando acompanhamento médico! Fazemos o possível para não ter a necessidade ir a hospitais. Para tanto procuro cuidar dela da melhor maneira monitorando a Pressão Arterial e Diabetes. E com toda essa dificuldade, ainda passamos pela falta de medicamentos, os quais ela faz uso diariamente. Muitas vezes já tivemos que comprar essas medicações que são dispensadas pelo SUS, mas por estar em falta e ela não poder ficar sem, não tivemos outra alternativa! Por outras vezes pagar para realizar exames particular, por não conseguirmos via SUS! Até mesmo consultas! Meu sentimento por várias vezes, foi de revolta por saber que pagamos tão caro pela saúde que não temos! Nós ainda conseguimos pagar quando necessário. Mas fico triste em pensar que muitos não têm essa possibilidade e acaba por muitas vezes adoecendo ainda mais, ou até mesmo chegando a óbito sem que muitos saibam! (PROFISSIONALE7)

Em estudo realizado para analisar os fatores relacionados à determinação e às desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde – públicos e privados – por pessoas idosas no município de São Paulo, Louvison e colaboradores (2008) observaram que a associação entre renda, escolaridade, sexo e morbidade referida pela amostra de idosos entrevistada no estudo “Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento” (SABE) traduz injustiças e inadequações no modelo de atenção que pressupõem a ampliação de políticas públicas integradas e efetivas que levem em conta as especificidades dessa população.

Considera-se incluir nesta discussão sobre acessibilidade um último elemento, qual seja a busca das profissionais participantes da pesquisa pela resolubilidade nas respostas às demandas dos usuários, bem como de seus acompanhantes. Estas pessoas que buscaram os serviços de saúde foram acolhidas e receberam, por parte da equipe, escuta às suas necessidades, orientações breves ou encaminhamentos para acompanhamento médico ou psicológico. Nesse sentido, a articulação de serviços da rede, segundo os relatos da amostra de profissionais, também foi fator relevante para a possibilidade de efetivar o cuidado integral e integrado.

Trabalho em um ambiente onde o foco são crianças e adolescentes. Porém os acompanhantes são adultos e hoje em dia quem cuida são os avós.. Em mais um dia comum de trabalho no caps infantil ..onde as crianças e adolescentes são prioridade ...o Segurança percebeu que a avó de um paciente estava estranha ...por fala dele ela está vermelha e normalmente é falante e está quieta....o mesmo foi até a enfermagem e pediu atendimento para a avó do paciente ...fomos até a recepção para acolher a mesma....ao abordarmos a avó ela disse que não estava se sentindo bem que estava com cansaço excessivo, falta de ar e visão turva...mais que acreditava que seria porque está sem se alimentar...acompanhamos ela até o posto da enfermagem para verificar

P.A., Glicemia, e oximetria. Os resultados deram alterados o médico de plantão encaminhou a mesma para o pronto atendimento de referência. E entramos em contato com os familiares...quando questionamos porque ela não avisou que não estava bem ela disse que não queria preocupar a família e nem aborrecer ninguém pois já estava morando de favor! A mesma será acompanhada pela UBS com assistência com a assistente social e também no CECCO (PROFISSIONALE4).

As profissionais fizeram menção às diversas atividades oferecidas pelos serviços de saúde que auxiliam no processo de cuidado para além da medicação e patologização da vida (artesanato, atividade física, grupos de conversa, coral, grupo de música), ressaltando, ainda, a importância do cuidado por parte de todos os profissionais que estão inseridos no ambiente de saúde, da segurança à ala médica.

3.1.1.4 Vínculo profissional-usuário

Outro aspecto significativo no campo temático de experiências de cuidado às velhices por parte de profissionais de saúde, que permeou tanto as experiências positivas quanto as dificuldades relatadas pelas trabalhadoras em seu atendimento ao público idoso, foi a criação de vínculos entre profissionais e pessoas idosas. O vínculo profissional-usuário consiste em uma estratégia de cuidado relevante no que tange à garantia do direito ao acesso universal, ao atendimento humanizado, à integralidade do cuidado e a resolutividade dos serviços (FERREIRA et al., 2019).

Algumas respostas ao questionário desta pesquisa suscitaram o aspecto desafiador, ao mesmo tempo facilitador, do vínculo profissional-usuário:

Eu sou agente de Endemias da Uvis [...]. E já fizemos atendimentos a idosos com transtornos mentais, geralmente acumuladores. Como a região é carente, muitas famílias costumam trabalhar como catadores de matérias recicláveis. Infelizmente, por uma série de problemas emocionais e sociais, os idosos desenvolvem essa síndrome. [...] O maior desafio é conquistar a confiança do idoso, fazer com que ele aceite a ajuda e volte a ter vínculos familiares e sociais. Empatia e qualificação de uma equipe multiprofissional são essenciais para a conclusão dos atendimentos (PROFISSIONALC4).

[...] A que mais marcou foi dona V., senhora obesa, casada, dois filhos... Na minha primeira visita como agente de saúde não foi muito amigável, pois a experiência com a agente anterior não havia sido muito boa, mas não desisti dela! Como ela viu que não desistiria, abriu então as portas de sua casa. Expliquei o real motivo das minhas visitas e que estava ali para ajudar. Ouvi da mesma histórias, lamentações, choros e dávamos muitas risadas, seu esposo dizia que ela aguardava ansiosa a minha visita. Em 2011 ela acabou desenvolvendo problemas maiores com a diabetes, com feridas, mas sempre muito bem cuidada pelo esposo, assistida pela UBS na época. Ganhei uma amiga, que em 2012 acabou indo a óbito.

As experiências agradáveis e satisfatórias relatadas pela amostra de profissionais participantes da pesquisa são protagonizadas por usuários que frequentam a unidade há muitos anos, em relatos que trazem a evidência de relações de amizade estabelecidas com as pessoas idosas.

Conheci o Senhor L. [...] através de uma solicitação de vacinação para seus gatos feita por ele mesmo, ao chegar em sua residência para a vacinação antirrábica onde ele cuidava de 14 gatos na época, percebemos que ele mantinha em sua residência um grande número de jornais, revistas e sacolas de plástico. Vacinamos os gatos que por sinal ele cuidava super bem e ao final do atendimento fizemos um relatório para encaminhar o caso dele para a UBS de referência e assim encaminhar o caso para o órgão responsável. Ao fazer o relatório estava escrevendo um relato de tudo o que eu via, quando escrevi em algum momento sobre materiais inservíveis, o Senhor L. me chamou a atenção e disse que eu estava equivocada, que o que ele tinha não eram materiais inservíveis que tudo aquilo tinha serventia, se não tinha para mim, teria para outra pessoa, que aquela frase estava errada e que era pra substituí-la por outra frase e me deu a sugestão de colocar materiais recicláveis. Percebi naquele momento que estava diante de um homem inteligente e instruído, me tornei amiga do Senhor L. desde então [...]. Convivi com ele durante oito anos e foi uma convivência agradável, aprendi muita coisa com ele, um senhor que morava sozinho mas nunca estava sozinho, pois sua companhia era agradável sempre com boas conversas e principalmente com boas risadas pois ele adorava contar suas histórias vividas, me deixou saudades e sempre que chega a época de vacinação dos animais, lembro dele com carinho! O Senhor L. era sim um "acumulador" pois os materiais recicláveis não eram por ele reciclado, porém antes de ser um acumulador era um ser fantástico, feliz daquele que o conheceu! (PROFISSIONALB8)

O exercício de alteridade oportunizado pela percepção de semelhanças com a pessoa idosa – uma pessoa com desejos, questionadora, com experiências a serem transmitidas, não reduzida ao seu diagnóstico – produz experiências de humanização e produção de cuidado nos processos de trabalho do SUS. A integralidade do cuidado é favorecida pela aproximação, pela comunicação respeitosa e pela relação de confiança estabelecida entre profissionais e usuários.

Em alguns dos questionários respondidos pelas profissionais participantes da pesquisa, os relatos de atendimentos em que estas foram educadas e atenciosas com as pessoas idosas resultaram em elogios (chamam as profissionais de “anjos”, ou com “mãos de anjo”), agradecimentos (ocasionando até mesmo frases como “queria ter uma filha como você”) e, às vezes, o recebimento de presentes (toalha bordada e bolo foram exemplos relatados pelas profissionais). Vale conjecturar, no entanto, se pessoas idosas estão habituadas a situações de violências institucionais e de discriminação (dentro e fora dos serviços de saúde) e expressam reações de gratidão diante de uma simples interação respeitosa – potencializando a vinculação com determinadas profissionais. Segundo Barbosa e Bosi (2017), o complexo fenômeno relacional do vínculo na atenção básica encontra-se em um lugar nebuloso – quase sempre não

visto, embora aludido como de importância inequívoca – devido a um incipiente investimento conceitual e uma inadequação dos métodos e técnicas de pesquisas utilizados ao focalizarem-no como objeto de investigação científica.

3.1.1.5 Sentimentos

Retomando a primeira questão do questionário investigado nesta pesquisa sobre as experiências de cuidado junto às velhices nos serviços de saúde, cujo enunciado se encerrava com a sugestão “e enriqueça a narrativa com seus sentimentos”, buscamos verificar se sentimentos foram compartilhados entre as respostas das profissionais. Afinal, sendo a experiência “o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca” (BONDÍA, 2002, p. 21), importa reconhecer nos relatos das profissionais a dimensão significativa do que produziu, neles, afetos.

Foram poucos os profissionais que não compartilharam seus sentimentos nos relatos, os quais limitaram-se a trazer informações sobre atendimentos em seu trabalho – sendo que “informações” e “trabalho”, ainda na perspectiva do autor espanhol Bondía (2002), são elementos que não deixam lugar para a experiência: sujeitos informantes e informados a quem nada lhes aconteceu ou tocou, sujeitos que trabalham sem perder tempo, atravessados por um afã de conformar o mundo (natural e social) segundo seu saber, seu poder e sua vontade. Aqueles profissionais que silenciaram seus sentimentos submeteram-nos ao formato de relato de caso típico do paradigma biomédico, em que sujeitos técnicos descrevem os modelos protocolares aplicados para atender a uma demanda objetiva, nos quais não cabe a subjetividade do profissional e a sua experiência é, portanto, sequestrada. Benjamin (2012) assinalou o empobrecimento da experiência quando do desenvolvimento da técnica no mundo administrado, sendo a experiência subjugada à racionalidade produtiva que se sobrepõe à humanidade na modernidade. Os relatos de caso, no âmbito das respostas do questionário da pesquisa em questão, estão apartados da experiência de cuidado que toca profissionais.

Já os sentimentos compartilhados nos relatos das profissionais, em geral, acompanharam os sentimentos expressos pelas pessoas idosas atendidas nos serviços. Houve relatos de casos em que as profissionais compartilharam sua tristeza, impotência e revolta diante de histórias de intenso sofrimento vivenciadas pela população idosa, sendo mais frequentes, na amostra desta pesquisa, situações de abandono ou negligência familiar. Outro sentimento relatado pelas profissionais diz respeito à necessidade de seguir um modelo de atenção em saúde que privilegia a eficiência técnica em detrimento da eficácia da terapêutica para responder às

reais necessidades dos usuários (JUNGES et al., 2012). O que agrava esta situação é o fato de que o modelo reproduzido pode trazer consequências sobre a sua saúde mental e sobre a forma como as profissionais concebem a sua própria capacidade de cuidar:

[...] Estou eu no meu setor de trabalho, quando chega na janela da farmácia o senhor M., um senhor alto, muito falante e observador. Todo mês vai na unidade para a retirada dos seus medicamentos, enquanto eu ia pegando seus medicamentos ele sempre puxava um assunto ou falava de alguma coisa que o tinha chateado. Ele sempre me pedia para separar seus medicamentos e desenhar para ele saber o horário para tomar certo a medicação. E muitas outras vezes ia só para eu auxilia-lo com as guias, exames, dias e horários. Acho que ele tinha vergonha de falar para o médico ou outro profissional que não tinha leitura. Observo que o idoso ele sempre se apega a alguém, por isso procuro sempre ser atenciosa, pena que é corrido, muitas vezes queremos fazer mas pela correria do dia fica bem difícil. Fica em nós o sentimento de incapacidade. (PROFISSIONALD10).

Teve uma tarde que estava passando pelos corredores da unidade e avistei uma senhora que sempre ia a unidade, perguntei a ela se estava tudo bem e com o olhar cheio de lágrimas disse que não estava muito bem, sua pressão estava alta e estava bastante chateada com um parente, fiquei muito comovida com ela e disse umas palavras de conforto ela disse queria uma filha assim isso me chamou bastante atenção devido o distanciamento social como é difícil certas coisas, gostaria de ter abraçado ela (PROFISSIONALA4).

Tempo que falta. O desejo de um abraço não dado. A experiência do acolhimento que não encontra lugar no cuidado das necessidades de saúde porque

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (BONDÍA, 2002, p. 24).

Nesse sentido, para que a organização dos serviços de saúde abarque o acolhimento não como triagem ou protocolo, mas como cuidado atravessado por afetos, faz-se necessária a construção de espaços de diálogo para a interpretação das necessidades em saúde e a reconstrução de um conceito de cuidado capaz de conjugar interação terapêutica e tecnologia (JUNGES et al., 2012), aspectos que discutiremos adiante no tópico “Sobre o cuidado em saúde ‘a contrapelo’ durante a pandemia”. Por fim, os sentimentos de satisfação por se sentirem capazes de ajudar e receberem a gratidão das pessoas idosas marcaram diversos relatos.

Me sinto agradecida em atender cada pessoa idosa, pois aprendo muito com cada um (PROFISSIONALD7).

Este caso foi uma das visitas mais satisfatória em realizar, sabendo que essa paciente foi e está sendo acompanhada/acolhida (PROFISSIONALB12).

Fiquei feliz ao poder ajudá-la e ver o sorriso dela no final. Me senti muito feliz e percebi que às vezes o simples fato de ouvir a paciente já a fez ficar melhor (PROFISSIONALE2).

Dadas as considerações sobre as experiências das profissionais no cuidado às pessoas idosas nos serviços de saúde na cidade de São Paulo, também foram investigadas as questões conceituais relacionadas a este cuidado, isto é, o “saber da experiência” a partir dos conhecimentos construídos durante o curso de educação permanente com foco na atenção à pessoa idosa, e como estes relacionaram-se à vida das profissionais e puderam contribuir para um aperfeiçoamento do cuidar. Estas questões são tratadas na sequência.

3.1.2 “A urgência em mudar essa cultura, começando por nós mesmos”: os saberes das experiências de cuidado com as velhices

O segundo campo temático refere-se às respostas das profissionais ao serem questionadas sobre a seguinte pergunta:

- Relacione esta experiência que acabou de compartilhar com um tema trabalhado nas aulas de Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa. Quais discussões das aulas podem contribuir para melhorar o entendimento e o atendimento desse caso?

O campo temático ora analisado relaciona-se aos conhecimentos (des)construídos pelas profissionais de saúde, participantes da pesquisa, ao longo do curso de educação permanente acerca da atenção psicossocial às pessoas idosas. A pergunta formulada no questionário remete à própria metodologia problematizadora que orientou a prática pedagógica do curso, a qual privilegiou as experiências e a bagagem de conhecimentos das profissionais sobre sua realidade de cuidados em relação às pessoas idosas.

Embora tenha se constituído uma proposta de educação permanente em saúde, a qual busca promover a transformação crítico-reflexiva de práticas técnicas e sociais, articulando a formação técnico-científica e os processos de trabalho (GONÇALVES, 2016), o processo de ensino-aprendizagem teve suas referências na relação entre experiência e sentido postulada por Bondía (2002). Isto porque, menos do que proporcionar informações científicas e promover técnicas para o trabalho com pessoas idosas, buscou-se resgatar as experiências das profissionais enquanto mediadoras entre o conhecimento e a vida humana, sendo o

“conhecimento” construído como algo para além de uma mercadoria utilitarista, instrumental e de caráter universal, e a “vida” referendada como mais do que mera sobrevivência, reduzida à sua dimensão biológica tão somente. Assim é que, por meio do questionário de avaliação do curso, buscou-se considerar o saber da experiência que é inseparável da vida das profissionais no seu território, suas características socioculturais e condições de trabalho, e que se manifestou de maneira singular nas respostas aqui analisadas, uma vez que as profissionais não tiveram as mesmas experiências estando no mesmo curso de educação permanente. Ademais, propiciar uma experiência de educação que preconize a elaboração de sentido, em uma perspectiva relacional e democrática, em detrimento da “educação bancária” criticada por Paulo Freire (2009), pode oportunizar às profissionais que atuem de forma semelhante com as pessoas idosas: que renunciem seus condicionantes de serem as que transferem conhecimentos técnicos, que respeitem os saberes e a autonomia das pessoas idosas e que viabilizem a abertura à relação dialógica.

Prosseguindo-se com a análise do segundo campo temático sobre os saberes das experiências, novamente foi utilizado o *software* NVivo para fazer a primeira identificação dos 50 termos com maior ocorrência nas respostas da segunda questão do questionário, incluindo-se na busca palavras similares e agregando os termos derivados. Do mesmo modo, algumas palavras foram desconsideradas no resultado da consulta por não serem relevantes para a pesquisa³¹. Assim, reduziu-se o quantitativo de palavras para as 40 mais referidas no material. Na sequência está a nuvem de palavras elaborada no *software* NVivo com a representação das palavras mais citadas na segunda pergunta do questionário, seguida da tabela contendo estas palavras (associadas às palavras similares), a respectiva frequência de citações (contagem da quantidade de vezes que a palavra ocorreu) e o número de participantes da pesquisa que mencionaram as palavras.

³¹ Foram adicionadas à lista de palavras impedidas no *software* os seguintes termos: “cada”, “coisa”, “fez”, “nós”; “posso”, “consegui”, “estar”, “grande”, “pouco”, “bem”.

Figura 2 – Nuvem de palavras do campo temático sobre os saberes das experiências de cuidado com as velhices



Fonte: elaboração própria através do software NVivo.

Tabela 3 – Frequência de termos-chave e palavras similares em ordem de ocorrência no campo temático sobre os saberes das experiências de cuidado com as velhices

OCORRÊNCIA	MENÇÕES (N=54)	TERMOS-CHAVE	PALAVRAS SIMILARES
77	27	idoso	idoso, idosos, idosa, idosas
20	17	aulas	aulas, aula
17	13	olhar	olhar
16	10	pessoa	pessoa
15	9	vida	vida
13	10	cuidados	cuidada, cuidado, cuidados, cuidar
13	7	envelhecer	envelhecer, envelhecimento
12	9	melhor	melhor, melhorar
12	8	velhice	velhice, velha, velho, velhos
11	8	acolhimento	acolhimento, acolhimentos
11	9	atendimento	atendimento, atendimentos
11	6	falta	falta
11	8	pessoas	pessoas
11	8	saúde	saúde
10	6	trabalho	trabalhando, trabalhar, trabalharemos, trabalho
9	7	atenção	atenção
9	8	escuta	escuta

9	5	idade	idade
8	5	paciente	paciente, pacientes
7	6	diferença	diferença
7	5	discutir	discutido, discutimos, discutir
7	6	entender	entender
7	5	pensando	pensando, pensar, pensei
7	6	respeito	respeitada, respeitando, respeitar, respeito
7	7	saber	sabemos, sabendo, saber
6	4	familiares	familiar, familiares
6	5	limitações	limitações, limitador
6	4	mental	mental
6	6	necessidades	necessidade, necessidades
6	5	PAI	Programa Acompanhante de Idosos (PAI)
6	6	rede	rede, redes
6	5	serviços	serviço, serviços
5	4	tema	tema, temas
5	5	conhecimento	conhecer, conhecimento
5	4	direitos	direito, direitos
5	5	mudar	mudar, mudariam
5	2	população	população
5	4	qualificada	qualificação, qualificada, qualificado, qualificar
4	4	ajudar	ajudar
4	2	AMPI	AMPI

Fonte: elaboração própria

Em geral, as respostas das profissionais foram mais sucintas nesta segunda questão, restringindo-se a relatarem o que consideraram como mais relevante entre as discussões promovidas durante aulas. Além das palavras que tratam sobre o mote da questão, como, por exemplo, “idosos”, “aulas” e “envelhecer”, chama a atenção o emprego dos substantivos “cuidados”, “acolhimento”, “falta” “olhar”, “escuta” (em vez do uso dos verbos cognatos “cuidar”, “acolher”, “faltar”, “olhar” e “escutar”). Também foram mencionados verbos que indicam processos de reflexão e de possíveis mobilizações nos sujeitos, tais como “discutir”, “entender”, “pensando” e “mudar”.

Foi possível categorizar as respostas da segunda questão do questionário em duas dimensões: 1) aquela em que as profissionais se referem ao saber das informações que receberam, ou seja, aspectos do conhecimento teórico que as levaram a saber mais sobre a realidade objetiva do cuidado às pessoas idosas; e 2) a dimensão do “saber da experiência” (BONDÍA, 2002), isto é, o sentido que as profissionais atribuíram ao que lhes aconteceu, ao

que lhes tocou, ao que lhes formou ou transformou a partir da sua relação com as velhices por intermédio do curso.

Antes de tratarmos destas categorias separadamente, cabe destacar a única resposta do questionário que incluiu as expectativas da profissional em relação ao curso, um relato que ilustra a comparação entre as categorias “saber da informação” e “saber da experiência” e ajuda a elucidá-las:

Sinceramente não esperava uma aula como essa, quando vi o tema pensei que iria aprender sobre doenças da terceira idade, principalmente as relacionadas a saúde mental; não como vamos aprender a olhar para eles e para nós mesmos... É bom ter um olhar diferente sobre a velhice, não achar que temos que parecer jovens e fazer coisas espetaculares para mostrar isso a alguém, mas que também posso fazer por que eu realmente quero e continuar sendo velha e que posso ser velha e ter energia e está tudo bem. Eu enxergo mais como falta de equilíbrio e sabedoria do que como preconceito, simplesmente aprendemos assim e todos que tiverem oportunidades seja lá de onde venha pode mudar seu "preconceito". Finalmente também fiquei feliz de saber que existe uma rede de apoio mesmo com tantos buracos ainda.. (PROFISSIONALD6)

O primeiro elemento que chama a atenção é a expectativa de que o conteúdo a ser ensinado em um curso que trata das velhices no âmbito da atenção em saúde circunscreva-se às doenças, ou seja, novamente o paradigma do saber biomédico se expressa como central nas concepções sobre o campo de estudos, pesquisas e intervenções em relação às pessoas idosas. Restringir as velhices ao escrutínio dos aspectos biofisiopatológicos do organismo humano, como sinônimo de validade e confiabilidade científica dos saberes, é uma forma reducionista do cuidado que naturaliza, por exemplo, a associação entre velhice e doença. Ademais, durante a pandemia da covid-19 foi possível observar, além da generalização das velhices como “grupo de risco”, uma mobilização de parte da sociedade enaltecendo a ciência em contraposição às “*fake news*” disseminadas sobre a doença, sendo, entretanto, uma valorização de uma ciência atrelada às concepções positivistas, produtivistas, em que cientistas alocados nas grandes indústrias de fármacos e biotecnologia são responsáveis por experimentos que impactam os rumos da humanidade. Chama-se a atenção para os riscos de, além de submeter a ciência aos interesses de grandes corporações com vistas ao lucro, agravar-se a hegemonia técnico-científica das ciências biológicas e da natureza, ao passo que se relega a um lugar marginal as ciências humanas e sociais.

Nesse sentido, é válido ampliar as reflexões sobre a formação de profissionais nos cursos de saúde, em que uma legitimidade simbólica – construída histórica e culturalmente – estabelece a autoridade dos saberes biomédicos. Embora a integralidade seja preconizada como princípio doutrinário do SUS, ainda se faz necessário contestar a lógica hierárquica do modelo médico-centrado nos serviços de saúde, e abarcar os aspectos psicológicos, socioculturais,

políticos e poéticos que atravessam o envelhecer – ou, ainda, abarcar as narrativas sobre as experiências durante o ensino formal em saúde – pode enriquecer a pluralidade de saberes, discursos e práticas de saúde.

O curso de educação permanente tratado neste estudo, promovido pela Escola Municipal de Saúde, privilegiou o desenvolvimento de uma educação emancipatória, segundo a perspectiva freireana, comprometida com a reflexão crítica sobre a realidade, com a superação de práticas de dominação e com a humanização do cuidado. No relato supracitado de uma profissional, as afirmações que acompanham a frase “é bom ter um olhar diferente sobre a velhice” dizem sobre um processo dialógico-dialético de reflexão sobre a juventude como valor. E ainda que, em suas palavras, tais aprendizados sociais não sejam concebidos como preconceitos – possivelmente porque o alvo do preconceito, a velhice, é imbuído historicamente de características que são determinadas como algo que lhe é natural e inerente (CROCHÍK, 2015) – é possível admitir que os preconceitos são passíveis de mudança.

Também vale ressaltar, para concluir a análise dessa resposta selecionada a partir do questionário avaliado, que a referência feita pela profissional aos “buracos” da rede de apoio se deve à discussão apresentada em sala de aula sobre cuidados comunitários e territoriais destinados à velhice, a partir do excerto de Guimarães Rosa em que descreve rede como “uma porção de buracos, amarrados com barbante” (1985, p. 37). Nesse sentido, foi possível tecer uma relação metafórica entre os vazios atados por fios e a visibilização das faltas e ausências inerentes aos serviços não como impossibilidades, mas como potência. O desafio de desenlear os fios que dão tessitura às relações, que urdem os processos de comunicação e que tramam a construção de saberes e de metodologias em torno do envelhecimento, configurou-se como um importante exercício da educação permanente de qualificação dos processos de trabalho e de cidadania atinente às políticas públicas.

Após essas considerações iniciais que demarcam a diferenciação entre o saber da experiência e o saber da informação, tratemos, por conseguinte, das categorias do segundo campo temático sobre estes saberes.

3.1.2.1 O saber das informações

Houve indicação por parte das profissionais, que responderam o questionário aqui analisado, de que se apropriaram de informações relevantes durante o curso de educação permanente, sendo especialmente citado o conhecimento objetivo acerca da rede de atenção à

saúde, dotada de equipamentos e serviços até então desconhecidos por elas, como, por exemplo, o Programa Acompanhante de Idosos (PAI) e as Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI) no âmbito do SUS, e os Centros-dia para Idosos no âmbito do SUAS. Acessar essas informações oportunizou que ampliassem as discussões sobre articulações intersetoriais e possibilidades de cuidados para pessoas idosas.

Foi através das aulas sobre os equipamentos que existem para o cuidado com o idoso, como: URSI, PAI, etc.... que tivemos a ideia de falar com o serviço Social para tentar colocar a dona N. no programa do PAI (PROFISSIONALB9).

As aulas me ajudaram a pensar quais serviços tenho em torno do lugar em que trabalho, quais grupos tenho para oferecer para este idoso e qualificar o olhar clínico perante as queixas e o motivo deste idoso estar ali. Aprendi a diferença de gerontologia para geriatria a diferença entre velhice e envelhecer, a mudança da palavra pessoa velha/ para pessoa idosa e entender que todos nós iremos envelhecer e que temos direito e um estatuto pra isso e fazer o estatuto funcionar (PROFISSIONALB7).

O instrumento de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI/AB) também foi referenciado como uma aprendizagem importante. A AMPI/AB foi elaborada no ano de 2014 pela Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (ATSPI/SMS/PMSP), pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Supervisões Técnicas de Saúde (STS) como estratégia para conhecer o perfil e as necessidades da população idosa. É um instrumento introduzido nos processos de trabalho das equipes das unidades básicas para a avaliação da capacidade funcional da população idosa, abrangendo em suas questões dados sobre as dimensões físicas, psíquicas e sociais que favorecem a identificação de alterações e riscos para a independência e autonomia da pessoa idosa. A AMPI/AB possibilita classificar a pessoa idosa segundo o grau de fragilidade (idoso saudável, idoso pré-frágil ou idoso frágil) e determina a organização de intervenções preventivas, fluxos e encaminhamentos para a elaboração de planos de cuidados (PASCHOAL et al., 2015; MARCUCCI et al., 2016).

A aula do idoso trouxeram questões de desconstrução de estereótipos do idoso. A ferramenta AMPI usada para inserção do idoso na rede foi algo novo para mim pois desconhecia. Alguns equipamentos disponibilizados como: PAI, URSI, ILPI, centros dias, casa lar, vila dos idosos, são lugares excelentes para auxiliar o idoso e família nesse processo, mas são insuficientes para a grande demanda e a localização precária principalmente em regiões mais isoladas e periferia, com maior concentração desses dispositivos nos grandes centros (PROFISSIONALD13).

As aulas de saúde mental do idoso me fez pensar nas práticas do meu dia a dia de trabalho e no que posso melhorar. Ver o idoso em seu todo não só a parte clínica,

poder considerar melhor as queixas trazidas e aprimorar o atendimento. Avaliar melhor a AMPI poder discutir o caso com propriedade e também entender que a região onde o idoso está inserido também fez parte de seu contexto do seu eu. Mudar meu olhar na hora do atendimento e não só medicar e sim escutar. (PROFISSIONALD2).

Outros conhecimentos relatados como relevantes foram informações referentes aos principais marcos legais que preconizam os direitos sociais da população idosa. Durante o curso, abordamos a Constituição Federal de 1988 e a legislação infraconstitucional para a tutela dos idosos, como a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), dialogando sobre a importância da articulação e participação popular na promoção das políticas e na garantia de direitos.

Esse tema sempre me chamou atenção, e com as aulas de Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa pude esclarecer alguma dúvida e fiquei mais encantada com o tema relacionado à Pessoa Idosa. Direitos importantes foram assegurados pela legislação. [...] É dever da família, da sociedade e do estado amparar pessoas idosas. Foram criadas alguma legislação para idosos como política nacional do idoso, estatuto do idoso e a política nacional de saúde da pessoa idosa. Mas com todo este conteúdo ainda falta muito a fazer ao idoso, respeito, carinho, atenção e direitos, dos quais temos que fazer valer (PROFISSIONALD11).

Finalmente, incluímos como o último elemento dos saberes das informações, como uma crítica a um padrão de respostas que, por vezes, pareceu tecnicizada, automatizado, a grande ocorrência das palavras “escuta” e “olhar”. Analisando tais palavras em seu contexto, foi possível identificar se inseriam nas frases como substantivos (caracterizados por nomear), e não como verbos (caracterizados por exprimir ação). Além disso, a depender da composição das respostas, essas palavras apareciam em uma construção pré-elaborada e esvaziada de sentido, como nos excertos abaixo retirados dos questionários:

Fazer um acolhimento com um olhar diferenciado, visando na história do paciente e uma escuta qualificada (PROFISSIONALB2).

Com as aulas de atenção psicossocial a pessoa idosa, podemos ter um olhar mais amplo a esses idosos (PROFISSIONALA3).

Em uma obra que se propôs a estranhar e subverter as conjugações patriarcais, capacitistas, classistas e racistas naturalizadas em doze verbos políticos e poéticos, Diniz e Gebara (2022) partem do verbo “ouvir” para trazer reflexões sobre o gesto ativo que pede não apenas ouvidos, mas muitos afetos e imaginação daquele que ouve, e para sair de uma posição passiva ou irrefletida frente ao outro é preciso aprender a escutar: “É preciso dez vezes outros sentidos, como a visão ou os afetos, para que se possa escutar” (p. 12). Nesse sentido, se o

profissional de saúde não se educar para ser afetado, ser tocado, isto é, ser sujeito da experiência, seguirá como um sujeito da informação, com “olhares”, “escutas”, mas cujos sentidos estão fechados para o encontro e o cuidado com o outro.

3.1.2.2 O saber das experiências

A segunda categoria de análise deste campo temático diz respeito aos saberes das profissionais de saúde, participantes do curso de educação permanente abordado nesta tese, que tiveram repercussão em suas formas de compreender e atender pessoas idosas nos serviços em que atuam. Cabe ressaltar que o que se considera como “saber da experiência”

é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. Não está, como o conhecimento científico, fora de nós, mas somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo) (BONDÍA, 2002, p. 27).

Assim, o primeiro excerto retirado das respostas dos questionários para ilustrar os conhecimentos que afetaram as profissionais contém o fragmento que intitula este segundo campo temático de análise:

Todo conteúdo das aulas agregaram muito para o meu atendimento na farmácia e para minha vida pessoal também. As aulas de saúde do idoso foram muito ricas e me fizeram enxergar como é enraizado o estigma da velhice como algo ruim, algo sofrido... Por isso a urgência em mudar essa cultura começando por nós mesmos. (PROFISSIONALB11).

As percepções da sociedade – e das próprias pessoas idosas – maculadas de estigmas e estereótipos acerca da velhice enquanto construto sociocultural e histórico foram pautadas no curso, refletindo-se sobre os prejuízos ao reconhecimento coletivo do espaço, do papel social, dos direitos e das idiossincrasias das velhices. A urgência em transformar a cultura do longeviver, calcada em visões estereotipadas do que é ser velho, envolve o reconhecimento de que as contradições da sociedade capitalista não se resolverão espontaneamente, e exigirá o resgate da experiência e da ação coletiva de valorização da singularidade e da pluralidade da vida humana, em luta incessante contra as diversas formas de opressão e iniquidade.

Muitas profissionais, da mesma forma, compartilharam os reflexos dos encontros dialogados durante a educação permanente em sua vida pessoal, dizendo sobre a possibilidade de vislumbrarem as trilhas de seu próprio envelhecer.

Nossa discussão, ampliou meu olhar para o envelhecer, as mudanças físicas e psicológicas de cada fase da vida e o quanto isso causa impacto em nosso trabalho e em nossa vida cotidiana. Neste momento da minha vida, trabalho com crianças e durante as aulas, tive o conhecimento dos equipamentos que pode nos ajudar a cuidar dessa população, que na verdade sou eu, somos nós...

Me fez refletir ainda mais, sobre a importância de respeitar o meu próprio envelhecer e entender o envelhecer de cada um e como profissional, proporcionar o olhar adequado, para as demandas singulares de cada indivíduo. Hoje me sinto mais preparada para trabalhar com os idosos, e na minha vida pessoal também; hoje consigo enxergar que ser ranzinza não está ligado à idade e sim a personalidade de cada um... Comecei a ter um olhar mais crítico em relação ao meu serviço estou fazendo acolhimentos com mais cuidado tentando ver o que o território tem a oferecer a essas pessoas fazer com que a rede se mobilize um pouco (PROFISSIONALD9).

Estamos envelhecendo a todo momento, passar para a terceira idade faz parte da vida, e não é por isso que deixaremos de ser capazes de interagir com as pessoas ao nosso redor, tendo elas mais ou menos idade do que a nossa, um dos temas da aulas que me fez mudar o olhar para com a pessoa idosa foi a pergunta: o que vem a sua mente quando ouve a palavra velhice? Aprendi que as características que temos hoje fará parte das características ao longo da vida e que cada idoso tem suas particularidades, assim como qualquer pessoa independente da fase que se encontre (PROFISSIONALB8).

Nesse sentido, permitir-se identificar a velhice em si mesmo e perceber as relações de semelhança com as pessoas idosas oportuniza o encontro com a alteridade:

Consigo compreender que lidar com pessoas idosas é muito delicado, não estamos lidando apenas com um ser que está completando seu ciclo de vida, mas sim um ser humano que tem toda uma vivência de vida, sente dores, sofre com transtornos psicossociais e doenças que se agravam. Antes de ser um idoso, é uma vida. Então, é preciso entender toda a situação do idoso e suas reais necessidades sabendo lidar com delicadeza, ética e respeito. Garantindo seus direitos (PROFISSIONALB12).

A compreensão do papel das profissionais de saúde enquanto operadoras de políticas públicas, cujas atitudes e processos de trabalho são determinantes para a garantia de direitos fundamentais de pessoas idosas, envolve as experiências que vão além dos saberes da sua prática cotidiana. Portanto, a educação para experiência – que, segundo Adorno (2003), é idêntica à educação para a emancipação, – necessita promover (des)construções, suscitar consensos e dissensos, aprofundar indagações para a superação do que já está estabelecido, ampliar interlocuções críticas e éticas acerca da temática do envelhecimento e reverberar uma educação libertadora e emancipatória. Como afirma Adorno (2003, p. 183), "A única concretização efetiva da emancipação consiste em que aquelas poucas pessoas interessadas nessa direção orientem toda a sua energia para que a educação seja uma educação para a contestação e para a resistência".

Após as discussões sobre as experiências e os saberes das experiências das profissionais de saúde no cuidado às pessoas idosas usuárias do SUS na cidade de São Paulo, a terceira e última questão a ser investigada, na sequência, trata das perspectivas relacionadas aos caminhos possíveis para as velhices em seu território, a partir dos sentidos construídos individual e coletivamente durante o processo de educação permanente.

3.1.3 “Que envelhecer não se torne uma sentença”: perspectivas sobre as velhices

As contribuições para o terceiro campo temático são oriundas das respostas das profissionais de saúde à terceira e última questão do questionário analisado:

- Finalmente, conte o que você espera do futuro a partir do que discutimos sobre o processo de envelhecimento nas aulas (preconceito, cuidados territoriais, políticas públicas, seu próprio envelhecer).

Projetar o futuro envolve nutrir esperanças em prospectiva e, ainda, “despertar no passado as centelhas da esperança” (BENJAMIN, 2012, p. 244), uma vez que, segundo a crítica benjaminiana, o passado dos oprimidos é um acúmulo de trágicas derrotas sob o triunfo incessante dos vencedores. E este passado traz consigo um apelo à redenção. Resgatar o passado da dominação das classes dominantes implica inscrever suas potências no futuro que almejamos.

Embora as palavras “perspectiva” e “prospectiva” sejam referidas como sinônimos nos dicionários, optou-se por indicar as “prospectivas” sobre as velhices nesta análise ao se referenciar aquilo que é provável enxergar, no futuro, como possibilidades outras de emancipação, a partir da mirada para o passado e suas tramas de desigualdade e de exclusão.

Quer se trate do passado ou do futuro, a abertura da história segundo Walter Benjamin é inseparável de uma opção ética, social e política pelas vítimas da opressão e por aqueles que a combatem. O futuro desse combate incerto e as formas que assumirá serão, sem dúvida, inspirados ou marcados pelas tentativas do passado: serão igualmente novos e totalmente imprevisíveis (LÖWY, 2005, p. 159).

A partir destas concepções, procedeu-se com a análise das respostas do questionário, realizando-se a mesma consulta das questões anteriores ao *software* NVivo para identificar os 50 termos (e palavras similares) com maior ocorrência nas respostas da última questão,

desconsiderando-se algumas palavras não relevantes para a pesquisa³². Reduzido o quantitativo de palavras para as 40 mais referidas no material, apresenta-se, abaixo, a nuvem de palavras representando os termos mais recorrentes com maior fonte e, em seguida, a tabela com os termos mais citados, a frequência de citações e o número de participantes da pesquisa que os mencionaram.

Figura 3 – Nuvem de palavras do campo temático das prospectivas sobre as velhices



Fonte: elaboração própria através do software NVivo.

³² Foram adicionadas à lista de palavras impedidas os seguintes termos: “tenha”, “para”, “visto”, “estamos”, “estou”, “forma”, “hoje”, “maior”, “terei”, “vamos”.

Tabela 4 – Frequência de termos-chave e palavras similares em ordem de ocorrência no campo temático das prospectivas em relação às velhices

Ocorrência	Menções (N=54)	Termos-chave	Palavras similares
62	33	idosos	idosos, idoso, idosa
48	31	envelhecer	envelhecer, envelhecimento
28	22	espero	espero
22	17	melhor	melhor, melhorar, melhorarmos, melhore, melhores
22	14	peessoa	peessoa, peessoas
20	13	vida	vida, vidas
19	16	saúde	saúde
18	12	respeito	respeitada, respeitado, respeitados, respeitando, respeitar, respeito, respeitos
17	13	cuidado	cuidado, cuidados, cuidar
16	13	públicas	pública, públicas, público
16	12	processo	processo, processos
15	13	políticas	política, políticas, políticos
14	12	velhice	velhice
13	8	serviço	serviço, serviços
12	8	trabalho	trabalhadores, trabalham, trabalhar, trabalhasse, trabalho
11	9	preconceito	preconceito
11	9	qualidade	qualidade
9	8	conhecimento	conhecêssemos, conhecimento, conhecimentos
8	3	centro	centro, centros
8	8	direitos	direitos
8	6	país	país
7	6	viver	viva, vive, viver, viveram, viveremos, vivos
7	4	anos	anos
7	6	atendimento	atendimento, atendimentos
7	7	idade	idade
7	6	sociedade	sociedade
6	6	atenção	atenção
6	5	fase	fase
6	4	olhar	olhar
6	4	qualificada	qualificada, qualificado, qualificando, qualificar
6	5	velha	velha, velho, velhos
5	4	acesso	acesso
5	4	atividades	atividades
5	4	aulas	aulas
5	4	caminho	caminhadas, caminhar, caminho, caminhos
5	4	escuta	escuta

5	5	futuro	futura, futuro
5	5	humano	humana, humanas, humano
5	5	rede	rede
5	5	saudável	saudável

Fonte: elaboração própria

Embora o próprio enunciado da questão tenha apontado sugestões e indicações de temas a serem abordados (por terem sido o mote principal das aulas da educação permanente), as profissionais compartilharam, essencialmente, a premência da transformação do que existe para um futuro de reatualização das esperanças (vide a grande referência ao adjetivo melhor e palavras similares). Após esta categorização preliminar, a leitura cuidadosa do material conduziu à definição de quatro categorias interconectadas: 1) velhices em devir; 2) novas regências para conjugações etaristas do envelhecer; 3) políticas públicas e cuidados territoriais e 4) o papel das profissionais de saúde.

3.1.3.1 Velhices em devir

As profissionais que versaram sobre as expectativas em relação ao próprio processo de envelhecimento reconheceram-se como pessoas idosas em devir, prospectando seu futuro ser que envelhece. Importa destacar a relevância atribuída às oportunidades de lazer quando chegada sua iminente velhice, bem como a menção às demais categorias de análise como questões importantes (o etarismo e os serviços e equipamentos destinados aos seus cuidados).

Espero envelhecer saudável, viajando com a terceira idade, sem preconceito e sem medo de ser feliz (PROFISSIONALB3).

Envelhecer com autonomia e ter espaços de lazer no território (PROFISSIONALE4).

Eu espero envelhecer com saúde, que esse preconceito seja discutido mais e que a cada conversa a velhice seja vista com outro olhar... Não mais de fim de vida... incapacidade... Mas de novas possibilidades... Que seja ampliado o cuidado no território, com o PAI, URSI, muitos CENTROS DIA, ILPI, VILA DOS IDOSOS... porque eles auxiliam no cuidado são valiosos... Eu quero um centro dia para a minha velhice... (PROFISSIONALB5).

É presumível que as imagens bem-sucedidas das velhices sejam o principal desejo para o porvir. Mesmo porque existe uma dicotomia instaurada nas concepções a respeito da velhice no Brasil, em que o discurso gerontológico traça o perfil da população idosa como vítima privilegiada do abandono, da solidão e da miséria, ao passo que os meios de comunicação retratam imagens de pessoas ativas, com novas formas de lazer e sociabilidade, preparadas para

viverem a realização pessoal no melhor momento de suas vidas (DEBERT, 2012). Cabe assinalar, nesse sentido, que o imperativo de envelhecer “com saúde” pode estar atrelado aos discursos que transformam a “melhor idade” numa idealização positivada e de responsabilidade individual e que, segundo a crítica da autora, contribuem para a “reprivatização” da velhice, uma vez que se autoriza a excluir das preocupações sociais as imagens negativas das velhices que são consideradas resultado das ações individuais dos sujeitos que adotaram estilos de vida, formas de consumo ou atividades motivadoras inadequadas. Afinar a compreensão, individual e coletiva, acerca da desigualdade e da heterogeneidade que atravessam as múltiplas velhices é um desafio que se impõe à garantia de direitos e ao exercício da cidadania de pessoas idosas. Nessa direção, uma profissional participante da pesquisa compartilhou seus questionamentos e prospectivas quanto à chegada da velhice para si:

Não sei se estou preparada para ser velha, mas estou tentando envelhecer da melhor forma possível dentro das minhas possibilidades. Porém, acredito que posso e devo melhorar meus investimentos neste projeto. Acredito que o preconceito estará presente e terei que lidar da melhor forma possível. Os projetos sociais neste âmbito depende das políticas públicas e esses cuidados se tornam muito vulneráveis. Contudo, e apesar da velhice interrogada, o envelhecer já é aceitável (PROFISSIONALC8).

Esta parece ser uma mensagem acertada que uma pessoa idosa “em devir” poderia oferecer a qualquer geração: melhorar os investimentos no projeto de envelhecer. Concone (2007, p. 42) ilustraria tais investimentos complementando: “mudar prioridades, encontrar novos interesses, investir em outras capacidades”. Pois aqui, também, não se fala em encerramento ou recomeço, mas na potência da continuidade.

Diferentemente do relatado pela profissional no excerto acima, a negação da velhice e o combate ao processo universal e não patológico do envelhecimento predominam nas sociedades capitalistas ocidentais. A categoria de análise que trata do etarismo será discutida a seguir.

3.1.3.2 Novas regências para conjugações etaristas do envelhecer

Segundo o recém-lançado Relatório Global sobre etarismo da OMS (2021), o termo inglês *ageism* é definido como os estereótipos, preconceitos e discriminações em relação às pessoas com base em sua idade cronológica, podendo ser ainda mais prevalente do que o racismo e o sexismo por ser socialmente aceito, e que afeta essencialmente a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação às pessoas – tendo como principal alvo as pessoas

idosas. Em português, as palavras etarismo, idadismo, ageismo ou idosismo são usadas para nomear um silenciado fenômeno social, multifacetado e pervasivo de preconceito etário. A gramática que conjuga o envelhecer de forma etarista na sociedade atual traz impactos negativos para a participação social, para a saúde e para a longevidade (WHO, 2021).

Em diversos relatos das profissionais participantes da pesquisa, foram frequentes as menções sobre os preconceitos em relação à velhice como um problema estrutural que precisa ser endereçado pelas políticas públicas. Verificam-se perspectivas pessimistas em concomitância com perspectivas de um futuro que precisa estabelecer uma ruptura com o presente, de modo a transformar a cultura vigente através da educação.

Atualmente o processo de envelhecimento não é bem visto, embora algumas pessoas enxerguem os mais velhos como mais experientes, no geral predomina o desrespeito aos idosos. Além disso, o idoso é visto pelos governantes como um peso econômico, "a economia está em crise por causa da aposentadoria dos idosos". Assim, no futuro os idosos continuarão sendo deixados de lado pelos governantes e a situação do Idoso deve piorar pois é uma pessoa que requer maiores cuidados com a saúde e o que estamos vendo hoje é uma piora na qualidade da Saúde Pública (PROFISSIONALB6).

Que a cultura e o estigma que se tem com a pessoa idosa precisa ser quebrado. Envelhecer é um processo e muito bom pra quem vive esse processo. Precisamos evitar os extremos como a velhice é ruim e eternização da juventude. Visto que a sociedade terá uma população de idosos maior que a atual temos que encontrar caminhos pra uma sociedade justa e com políticas e acesso pra estes, que são aqueles que são a sabedoria e a longevidade de nosso país. Espero uma política que não veja o idoso só como problema, mais como alguém de valor, que fez o que pode e que ainda pode fazer. Deixar esse mito que aos 60 anos não pode mais trabalhar, que são "inúteis", uma política que faça valer a pena envelhecer e ser feliz! (PROFISSIONALB7).

Espero um futuro totalmente diferente, pois começamos a mudar a cultura da velhice como algo ruim a partir do conhecimento adquirido. E como nossa longevidade vai aumentar cada vez mais, isso vai se tornar uma mobilização mundial, pela qualidade de vida e mudança de cultura do envelhecimento (PROFISSIONALB11).

As questões levantadas pelas profissionais acerca do etarismo estão também pautadas como medidas prioritárias no plano de ação mundial adotado na 75ª Assembleia Geral das Nações Unidas³³ em dezembro de 2020, estabelecendo a “Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030”, como descrito anteriormente nesta tese.

É preciso enfatizar o papel fundamental que profissionais de saúde têm a desempenhar em cada uma das quatro áreas de ação da Década do Envelhecimento Saudável, e os relatos

³³ O documento da septuagésima quinta sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas constando a Década para o Envelhecimento Saudável das Nações Unidas (2021-2030) está disponível em: <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N20/346/48/PDF/N2034648.pdf?OpenElement>>.

compartilhados pelas profissionais participantes desta pesquisa mostram-se alinhados às determinações das Nações Unidas, que preconizam: 1) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento (combater o etarismo); 2) garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas (promover ambientes amigáveis às pessoas idosas); 3) prestar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e que atendam às pessoas idosas; 4) propiciar acesso a cuidados de longa duração para pessoas idosas que necessitarem (WHO, 2020).

. Assim, além da categoria que versa sobre o combate ao preconceito em relação às pessoas idosas, as categorias que se seguem relacionam-se às ações de promoção de ambientes amigáveis e à oferta de serviços de cuidados integrados e de longa duração para pessoas idosas.

3.1.3.3 Políticas públicas e cuidados territoriais

Como exposto anteriormente, a discussão sobre a importância da efetivação de políticas públicas e a ampliação de cuidados territoriais como promotores da dignidade, justiça social, equidade e proteção social para as velhices permeou a maioria das perspectivas das profissionais. Enfatiza-se que a oferta de cuidados acessíveis, equitativos, seguros e focados nas necessidades das comunidades e das pessoas idosas exige uma força de trabalho competente, legislações e regulamentações apropriadas e financiamento suficiente (WHO, 2020).

Envelhecer com saúde e dignidade são fundamentais. Não adianta o aumento da expectativa de vida sem perspectivas de melhores condições da qualidade de vida! As vulnerabilidades sociais e a atenção psicossocial andam paralelamente na mesma via. O SUS permeia todo o conceito de qualidade de vida. Defender o SUS é garantir um envelhecimento da população de forma digna com equidade, integralidade e universalidade (PROFISSIONALC4).

Que possamos buscar através das políticas públicas um melhor engajamento e um olhar para a população idosa. Uma sociedade mais crítica, atuante e com possibilidade de acesso a novos conhecimentos para que desta forma consigamos entender e atender não só o nosso, mas também o de todos o processo de envelhecimento (PROFISSIONALD3).

[...] E que cada vez mais precisamos lutar para que políticas públicas sejam implantadas pensando também nos idosos, e que precisamos nos preparar para envelhecer pensando não só em saúde mas também no financeiro em vínculos familiares e sociais para que não envelhecer só e enquanto jovem qual o tipo de vida levamos porque pode refletir mais tarde (PROFISSIONALC2).

Espero mais acolhimento a pessoa idosa, políticas públicas com mais práticas e menos teoria. Menos preconceito. Fazer valer seus direitos e que envelhecer seja um processo natural pra todos, onde cada ser humano realmente tenha essa consciência. Quero envelhecer sim, aliás já estou envelhecendo. Espero ser acolhida, respeitada e que

melhores condições sociais em todos os âmbitos da sociedade sejam cada vez melhor para a pessoa idosa (PROFISSIONALD7).

As profissionais referiram-se às políticas públicas como formas de mitigar as desigualdades sociais e de efetivação dos direitos humanos, reconhecendo que este tipo de garantia deve se dar ao longo de todo o curso de vida, de modo que, parafraseando o relato do profissional que intitula este terceiro campo temático, a velhice não se torne uma sentença.

Na velhice, a desigualdade exacerba. Espero políticas públicas que equilibrem essa dificuldade, assim, envelhecer não se torna uma sentença (PROFISSIONALE3).

3.1.3.4 O papel das profissionais de saúde

A última categoria de análise que diz sobre o porvir das velhices no Brasil, a partir da perspectiva da amostra de profissionais de saúde participantes da pesquisa, trata da importância de profissionais capacitados para que as políticas públicas possam ser efetivadas e o futuro do envelhecimento saudável assegurado.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015), a integralidade do cuidado ofertado por profissionais, orientados para considerar as necessidades de saúde e o bem-estar das pessoas idosas, individual e coletivamente, é substancial para que as agendas voltadas à cobertura universal em saúde, às doenças crônicas não transmissíveis e ao desenvolvimento sustentável sejam factíveis. Desse modo, a educação permanente de profissionais integra o rol de iniciativas para a garantia do direito humano fundamental de acesso à saúde, oportunizando um longeviver com dignidade.

Gostaria que todos pudessem ter acesso aos serviços de atendimento ao idoso e que todos nós trabalhadores da saúde conhecêssemos esses serviços e soubemos como encaminhar nossos idosos a eles e que esses serviços funcionassem bem, porque cada vez teremos mais idosos em nosso país, e eles apesar de hoje em dia termos toda essa rede de serviço oferecida pelo SUS, muitos de nós trabalhadores não sabem que elas existem, nem quais atendimentos oferecem, como eu não sabia até nossas aulas. (PROFISSIONALC9).

Espero muito uma qualidade melhor no atendimento ao idoso, respeito dos profissionais, paciência, atividades e escuta, muita escuta (PROFISSIONALD2).

Humanização, respeito e uma assistência qualificada (PROFISSIONALB2).

Espero envelhecer bem e feliz! Estamos passando por momentos difíceis, espero no meu caminho encontrar pessoas que sejam humanas, solidárias, com paciência para poder lidar com minha velhice! Espero que consigamos ser multiplicadores de todo esse conhecimento que adquirimos em relação ao processo de envelhecimento através de todos esses profissionais hoje capacitados iremos contribuir para que a população

idosa possa ter conhecimento dos seus direitos e assim passar por esse processo de envelhecimento com mais respeito e dignidade (PROFISSIONALC6).

As competências, habilidades e conhecimentos necessários aos trabalhadores que exercem o cuidado junto às velhices, segundo os relatos das profissionais participantes desta pesquisa, vão ao encontro dos resultados do estudo realizado por pesquisadores de seis países em diferentes regiões da Europa, que identificou as dimensões significativas das competências de profissionais de saúde e da assistência social enfatizadas por 95 pessoas idosas entrevistadas, de acordo com suas experiências (SOARES et al., 2018). As competências no nível interpessoal foram centrais nos discursos das pessoas idosas, e as dimensões principais estavam ancoradas nas habilidades relacionais, comunicativas e socioemocionais dos profissionais. Os resultados desta pesquisa com pessoas idosas da Áustria, Finlândia, Lituânia, Portugal, Turquia e Reino Unido reforçam a necessidade de se ouvir as vozes da população idosa para direcionar a formação e educação de profissionais que trabalham com as velhices e estabelecer melhores práticas de cuidados segundo suas preferências, expectativas e necessidades.

Nessa direção, a amostra de profissionais da presente pesquisa também ressaltou a importância da educação permanente para profissionais de saúde, e que as discussões que tiveram lugar durante o curso fossem ampliadas, alcançando mais pessoas e atendendo as necessidades de saúde da população idosa.

Espero que as mais pessoas possam ter a oportunidade que tive de aprender mais sobre o processo de envelhecimento. Com certeza se tivermos mais conscientização da população, diminuiremos o preconceito e os cuidados territoriais, impactando assim para criação de mais políticas públicas para o cuidado da pessoa idosa. Quanto ao meu envelhecer, espero evoluir cada vez mais como ser humano, e que este processo que já está acontecendo, seja repleto de saúde e ousadia para combater o preconceito em relação à pessoa idosa (PROFISSIONALC7).

Algumas profissionais, inclusive, retrataram sua prospecção de serem multiplicadoras das experiências e saberes que adquiriram por meio da educação permanente:

Pretendo distribuir conhecimento para o maior número de pessoas possíveis que fazem parte do meu convívio, e que assim essas pessoas possam passar para um número maior e assim por diante, para que assim o futuro seja de uma visão para o idoso de respeito (estar em um processo natural de desenvolvimento e que todos vamos passar), de aceitação (não ver como uma fase ruim e com restrições de atividades ou de convívio) de inclusão (poder ser ou fazer o que for de sua vontade, sem pensar que a idade possa te impedir) (PROFISSIONALB8).

Observei os pontos fortes e fracos a minha volta e o que poderei fazer para mudar o atendimento e qualificar mais a escuta a estes pacientes. Foi despertado algo que já tinha em mente criar um grupo específico onde trabalho articular de uma forma

qualificada o seguimento pra terceira idade e poder discutir com a rede o melhor pra cada indivíduo e suas delimitações (PROFISSIONALD13).

Vale destacar que, tão importante quanto a multiplicação da dialogicidade de um curso de educação emancipatória, é a criação de condições para que essa multiplicação seja possível nos serviços de saúde.

Por fim, trazendo um último recorte das respostas dos questionários, um relato se mostrou particularmente interessante por responder à questão do que se espera sobre o futuro com novas questões, fundamentadas nas discussões do curso:

Num mundo onde ser chamado de velho pode significar uma ofensa; numa fase histórica em que todos lutam para prolongar os anos de vida (apesar de não saberem lidar com a velhice); numa época de consumo excessivo, que valoriza os padrões de beleza e de juventude; e numa sociedade na qual "VELHO" é o outro e envelhecer é quase sinônimo de doença e morte, torna-se importante perguntar: Como será nossa velhice? Onde viveremos? Como e onde estaremos? Seremos pessoas ativas e dinâmicas? Mas sabemos que existe muito a ser feito pra melhorar a qualidade de vida da pessoa Idosa em nosso país, e o quanto é importante o trabalho em rede. (PROFISSIONALD11).

Seus questionamentos são direcionados para seus interlocutores e incluem a própria profissional, convidando-nos para prospectar a velhice de nós mesmos nos territórios em que viveremos. Em vez de respostas, a profissional suscitou mais questionamentos, trazendo iluminações sobre um caminho cuja construção precisa se dar coletivamente, em rede. Esse é um dos frutos que se espera colher de uma proposta de educação emancipatória.

3.2 História oral temática sobre as velhices em meio à pandemia: os depoimentos das entrevistadas

Para agregar à composição das compreensões sobre as experiências das velhices no contexto das políticas públicas de saúde durante a pandemia de covid-19, delimitados os critérios para a seleção das pessoas depoentes na modalidade de história oral temática, foram entrevistadas três profissionais técnicas em serviço de saúde, Laura, Vera e Ester³⁴, participantes do curso de educação permanente da Escola Municipal de Saúde voltado para o cuidado às velhices, e uma pessoa idosa, Célia, que passou por atendimentos em serviços

³⁴ Os nomes de todas as entrevistas foram substituídos por nomes fictícios para preservar sua identidade.

públicos de saúde durante a pandemia da covid-19. Cada entrevista durou, em média, 80 minutos.

Conforme explicitado nas considerações metodológicas da pesquisa, as três profissionais foram selecionadas por terem realizado seus trabalhos de conclusão de curso acerca da temática do cuidado à pessoa idosa nos serviços de saúde. As três profissionais depoentes, então, indicariam as pessoas idosas para compor a amostra de depoentes usuária do SUS na cidade de São Paulo, de acordo com as orientações de pesquisadores em história oral (MEIHY, 2000) para que se originasse, como sugestão da comunidade, a rede de pessoas entrevistadas para abordar o argumento da pesquisa. Entretanto, as três profissionais apontaram dificuldades em indicar uma pessoa idosa pois tinham sido realocadas recentemente de seus locais de trabalho, devido à mudança na gestão das suas unidades para as parcerias público-privadas através das Organizações Sociais de Saúde (OSS), o que levou à ruptura do vínculo entre as profissionais e as pessoas idosas atendidas e a dificuldade de novas vinculações em decorrência das restrições da pandemia. Após alguns meses conversando com pessoas idosas em sua unidade e encontrando resistências para que participassem de uma entrevista online, Vera foi quem propôs que eu conversasse com sua colega de trabalho, Célia, que acabara de se aposentar e poderia conceder seu depoimento enquanto usuária do serviço.

As entrevistas semiestruturadas, realizadas individualmente, aconteceram em ambiente virtual através da plataforma *Google Meet* devido às restrições sanitárias impostas pela pandemia de covid-19, e foram condicionadas à disponibilidade das depoentes (as profissionais Laura, Vera e Ester foram entrevistadas durante seu período de férias). Uma questão inicial disparadora propiciou o curso espontâneo das falas das depoentes:

- Fale livremente sobre o cuidado e a atenção à saúde da pessoa idosa a partir de suas experiências nos serviços de saúde, antes e depois da pandemia.

Uma vez que o momento dos depoimentos é também momento privilegiado de criação, Ecléa Bosi, em sua obra “Memória e Sociedade: lembrança de velhos”, explicita a importância da rememoração como função social:

Não há evocação sem uma inteligência do presente, um homem não sabe o que ele é se não for capaz de sair das determinações atuais. Aturada reflexão pode preceder e acompanhar a evocação. Uma lembrança é diamante bruto que precisa ser lapidado pelo espírito. Sem o trabalho da reflexão e da localização, seria uma imagem fugidia. O sentimento também precisa acompanhá-la para que ela não seja uma repetição do estado antigo, mas uma reaparição (BOSI, 1994, p. 81)

Embora intermediados pela tecnologia, foram construídos espaços seguros, afetivos e dialógicos que oportunizaram o encontro entre a pesquisadora e três profissionais que atuam em equipamentos distintos da Atenção Básica (AE e UBS), exercendo funções também diferentes (técnicas de enfermagem e farmácia), em regiões do município de São Paulo com características sociodemográficas distintas – Norte e Sudeste, bem como de uma profissional aposentada, sendo uma pessoa idosa usuária dos serviços de saúde.

A seguir, apresentam-se narrativas sobre as quatro entrevistas realizadas, seguidas pela discussão das categorias de análise delimitadas a partir dos depoimentos.

3.2.1 A palavra-afeto de Laura

Numa noite de temperaturas baixas atípicas para o mês de novembro de 2021, quando o Brasil se aproximava da aterradora marca de 610 mil óbitos por covid-19 desde o início da pandemia³⁵, o entorpecimento frio do cotidiano pandêmico me levou a buscar o diálogo com Laura, no auge do inverno das relações sociais. Laura e eu, preparadas com nossos cachecóis e agasalhos, conversamos sobre o cuidado e atenção às pessoas idosas durante o período de crise que atravessávamos.

Aquecemos a conversa retomando nosso contato após as aulas do curso do Projeto Rede Sampa, rememorando alguns momentos e recuperando os desdobramentos do seu trabalho de conclusão de curso. A partir de seu lugar de trabalhadora como profissional da enfermagem em um Ambulatório de Especialidades³⁶ na região norte do município de São Paulo, a pergunta disparadora acende em Laura a necessidade de me contextualizar sobre a procura das pessoas idosas pelo serviço que, embora não tão expressiva, envolvendo aferição de pressão e a retirada de medicamentos na farmácia, durante a pandemia de covid-19 a presença de pessoas idosas no seu trabalho sofreu uma diminuição expressiva. Os atendimentos de geriatria aconteciam remotamente desde o início da pandemia, e a primeira observação de Laura a esse respeito foi fundada na experiência de sua mãe, de 64 anos, após passar por consulta em uma UBS e ter sido agendado atendimento psiquiátrico online. Sua mãe, que é analfabeta e só sabe usar seu

³⁵ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/11/09/covid-19-coronavirus-casos-mortes-09-de-novembro.htm>

³⁶ Centros ambulatoriais de diagnóstico e orientação terapêutica em especialidades médicas, com ênfase nas necessidades que não podem ser plenamente diagnosticadas ou orientadas na rede básica pela sua complexidade, mas que não exigem internação hospitalar ou atendimento urgente. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/atendimento-ambulatorial-nas-especialidades-medicadas-1>>. Acesso em: 12 fev. 2022.

telefone celular para, quando muito, atender ligações, teria perdido a consulta se não fosse por Laura. Assim, ela ressalta a relevância das teleconsultas durante o período de distanciamento da pandemia, desde que haja condições para que as pessoas idosas consigam acesso à tecnologia necessária – o que poderia ser concretizado, por exemplo, pela presença e apoio de um acompanhante, segundo ela.

Laura prossegue não sabendo bem como descrever seus sentimentos ao observar tantas pessoas idosas desacompanhadas durante os atendimentos em saúde, pois, ao mesmo tempo em que entende e acredita que elas devam se manter independentes, pondera que há circunstâncias em que a presença de um acompanhante é essencial, seja para auxiliar na compreensão das orientações, seja para o acompanhamento dos casos com maior atenção. Compartilhando o exemplo de uma senhora de 94 anos, sem filhos e com sobrinhos no trabalho, que foi se vacinar sozinha, Laura conta que o caso lhe tocou ao tomar como referência, novamente, sua mãe. As duas são vizinhas e vão juntas para todo lugar, revela. Seus olhos reluzem ao falar da mãe. E diferentemente do caso da senhora de 94 anos desacompanhada, ela conta com satisfação que especialmente a vacinação teve grande aderência e muitas pessoas idosas foram acompanhadas. Laura associa a acentuada presença de acompanhantes ao fato de terem sido veiculadas, na mídia, reportagens denunciando a “vacina de vento”, em que profissionais de saúde simulam a vacinação, mas não aplicam o imunizante na pessoa idosa, pois a seringa está vazia.

Ela completa que a “vacina de vento” foi a razão que a levou a procurar terapia, pois não acreditava que, aos seus 42 anos, após mais de 12 anos atuando na área da enfermagem, uma pessoa seria capaz de duvidar de seu profissionalismo, durante uma pandemia, e a acusaria de não ter aplicado todo o conteúdo da seringa durante a vacinação. Durante esse episódio, que Laura considerou horrível, ela teve de abrir uma seringa nova, mostrar e explicar para o acompanhante que no “espacinho preto” do êmbolo da seringa não tem vacina, que era normal não encostar, que ele poderia levar a seringa para casa. Ela chorou, não se orgulhou do tom com que falou com a pessoa naquele momento de indignação, e foi então que decidiu buscar ajuda terapêutica. Encontrou na internet serviços de Psicologia oferecendo sessões gratuitas para profissionais da saúde em sofrimento psicológico. Laura revela o quanto amou o processo que a conduziu à compreensão de que isso não era uma questão pessoal, mas referente ao que estava acontecendo no mundo: pessoas com medo queriam garantir que seus familiares idosos estavam sendo vacinados. Ela confessa que foi durante a vacinação contra a covid-19 que compreendeu, ao contrário do que pressupunha, que não são todos os idosos que são “bonzinhos”, pessoas meigas e agradáveis. Laura também entendeu que aqueles que chegavam para a vacinação

filmando e fotografando não estavam duvidando dela, e com o tempo conseguiu passar a brincar com as pessoas e até tirar *selfies* (autorretratos) para as redes sociais.

Laura prossegue compartilhando o que considerou mais doloroso durante a pandemia, sendo o afastamento e o isolamento social, o que deixou muitas pessoas idosas em sofrimento e deprimidas. Contou algumas histórias para ilustrar essas dores, como a de sua vizinha do outro lado da rua, que morava sozinha aos seus 92 anos e permanecia amiudadamente no portão, sempre de máscara, e chorava de saudades, querendo alguém para conversar. O reencontro com os bisnetos, passado um ano e duas doses da vacina contra a covid-19, foi retratado por Laura emocionante, mas com vestígios de tristeza pelo tempo irrecuperável. Também contou sobre dona Nazaré, amiga da família, que ao rever Laura após mais de um ano, queria abraçá-la e beijá-la como se já estivessem vacinadas e não houvesse pandemia.

Quando ocorreu o primeiro caso de covid-19 no seu trabalho, Laura sentiu muito medo da proximidade do vírus e avisou seus pais que precisariam se afastar, dado seu receio de levar a doença para a família. Ela chorou, a mãe chorou, os sobrinhos choraram. Passado um dia sem encontrar sua mãe, na casa ao lado da sua, elas perceberam que não suportariam se afastar. No dia seguinte estava ela, “enfiaada” na casa dos pais, mesmo sabendo que estava colocando-os em risco (ainda que estivesse tomando todos os cuidados de trocar a roupa ao chegar, tomar banho, conversarem afastadas), mas entendendo que se sentiria culpada se não estivesse com eles nesses momentos em que estavam mais fragilizados, sozinhos em casa e sem contato com os filhos. Laura completa dizendo não saber se foi certo ou errado o que fez, mas que em momento nenhum deixou os pais sozinhos. Aumentaram os cuidados, sim, contraíram a covid-19, também, mas tudo correu bem.

A respeito dos cuidados que aumentaram durante a pandemia, Laura refere-se às mudanças nas práticas de cuidado no serviço ambulatorial, desde as medidas de higienização que foram intensificadas até a atenção com o distanciamento. Quando questionada não sobre o cuidado técnico e protocolar, mas sobre as relações e formas de tratamento para com as pessoas idosas, ela diz que há profissionais e profissionais, mas que o desrespeito piorou. Ela, por sua vez, sempre respeitou muito a população idosa. Já considerou fazer pós-graduação em gerontologia, porque desde que trabalhou em hospital, como técnica de enfermagem, sempre se dedicou com esmero ao cuidado, e se diz indignada ao ver uma pessoa com 80, 90 anos, que viveu tanto, que trabalhou tanto, chegar até um serviço de saúde e ter que ouvir barbaridades. Laura traz algumas situações envolvendo duas profissionais do local onde trabalha. Nos momentos em que foi preciso alertar as pessoas na fila sobre o distanciamento, apontando o “x”

demarcado no chão do serviço como ponto de referência para onde elas deveriam permanecer, ela conta:

Quando eu falo com idosos, eu chego e falo: “Por favor, fiquem distantes, dá uma olhadinha no ‘x’”. Eu falo desse jeito. Eu sei que a gente não deve falar com o idoso como se falasse com uma criança, eu sei disso, mas eu ainda não consigo, eu ainda falo: “Dá uma *olhadinha* no chão”. Já essa minha amiga fala: “Vocês não sabem ver...?”, ela grita, “vocês não sabem ver um ‘x’ no chão? Querem pegar covid aqui na fila? Oh bando de povo burro”. Eu fico indignada (LAURA).

Em outra ocasião, essa mesma profissional também dispensou um idoso que queria fazer seu cartão do SUS, dizendo que ele deveria procurar uma UBS. Laura diz que não levaria mais do que cinco minutos providenciar o cartão ali mesmo, com os documentos do senhor. Teve vontade de correr atrás dele e se disponibilizar para fazer, mas não quis “passar por cima” da colega e da orientação já proferida. Laura conta que ficou olhando o senhor ir embora e aquilo lhe doeu muito. Sua fala fica truncada ao contar sobre essas situações, como se naquele momento o cachecol não fosse a única coisa atravessada em sua garganta. Segue tentando compartilhar sobre o quanto não compreende como algumas profissionais são capazes de maltratar uma pessoa idosa porque esta tem dificuldades para dizer seu telefone, ou porque procura entre papeis na bolsa seu endereço, a ponto de as profissionais perderem a paciência, preencherem o cadastro com “000” e dizerem, rispidamente, que a informação não é mais necessária. Pelo fato de sua mãe ser analfabeta e muito humilde, ela declara que sempre trata as pessoas como gostaria que tratassem a sua mãe. Ela conta que várias reclamações já foram registradas na ouvidoria, mas as profissionais permanecem no serviço.

Laura reforça sua convicção sobre a importância de cursos de humanização para profissionais nos serviços. Cursos que abordassem como tratar os pacientes no ambiente de saúde, envolvendo o pessoal da recepção, da segurança, da limpeza. Inclusive, ela já ouviu profissionais da limpeza insultando as pessoas idosas, chamando-as de “porcas” quando uma paciente urinou em cima da tampa do vaso sanitário. Laura não compreende a irritação da profissional frente a uma possível dificuldade que a pessoa idosa teria para fazer suas necessidades. Novamente Laura traz sua mãe como referência, já que ela, às vezes, tem escape de urina ao espirrar, e não gostaria de saber que a mãe foi maltratada num serviço de saúde porque fez xixi fora do lugar. Mas ela reitera que tais situações não ocorrem apenas em seu local de trabalho, e conta sobre como foi o período de tratamento de saúde e hospitalização de seu pai.

O pai de Laura descobriu um câncer no mês de setembro, e faleceu pouco tempo depois que já estava curado da doença, tendo uma parada cardíaca. Enquanto esteve hospitalizado, ele

passou por problemas com sua bolsa de colostomia e Laura sofreu com a falta de humanização por parte dos profissionais que não atenderam suas diversas solicitações para a troca do lençol sujo da cama do pai. Ela compartilha, novamente, seu desejo de que houvesse um curso de humanização para tanta gente. Meses depois, quando já estava bem, seu pai faleceu dormindo. Ela conta que, desde às 7 da manhã, ficou velando seu pai junto de sua família, em volta da cama, até às 17 horas, quando pegaram o corpo, colocaram no caixão e levaram direto para o cemitério. Laura, com o olhar distante, relata que

Nessa pandemia, na hora da morte, não sei se você sabe, mas quando os pacientes morrem de covid, simplesmente eles fecham, colocam num saco, colocam dentro de outro saco e acabou. Eles não tem uma roupa, eles não tem uma despedida dos familiares, eles não tem nada. E eu fico pensando em como é triste alguém morrer nesse momento. [...] Eu tive esse privilégio de colocar uma roupa que meu pai mais gostava, de ficar deitada no braço dele, de fazer a despedida de forma real. Então assim, nesse momento, eu sei que é por conta da doença, mas a pessoa não poder se despedir do seu familiar, eu acho que isso é uma coisa que vai ficar marcada pelo resto da vida das pessoas que perderam seus entes queridos (LAURA).

Sentindo-se privilegiada em seu processo de luto, Laura nomeia as pessoas próximas a ela que morreram em decorrência da pandemia de covid-19. E ela reafirma que, depois da pandemia, as pessoas ficaram mais deprimidas. E o que ela tem feito é “emprestar o seu ouvido”, já que ela acredita que a atenção é melhor que qualquer medicação.

Porque eu aprendi que cada paciente é um paciente, se dou atenção para ele por 5 minutos, não importa o tempo, importa que eu estou ali de corpo e alma, eu estou presente para aquele paciente. Eu sou desse jeito. Tem colegas que falam pra mim quando eu vou aferir uma pressão, uma PA, falam “mas como a Laura enrola”. Porque eles vão muito no automático, eles entram, colocam o aparelho, a pressão 12 por 8, está ótimo, e já sai. Eu não. Eu falo: “sua pressão está ótima, continue assim”. Aí o paciente começa a falar: “é que eu tomei o remédio direitinho, tal, tal, tal”. Aí eu falo, “e qual remédio a Senhora está tomando?”. E aí isso já gera uma conversa. Não quero saber de tempo. Eu não ganho por produção. É isso que eu penso. Eu não ganho por produção (LAURA).

Ela ressalta a importância de ter como gerente alguém que é grande incentivador de seu trabalho, sendo ele – uma pessoa idosa – que confia e apoia a atuação humanizada de Laura no serviço. Enfim, a conversa com Laura foi se encerrando de maneira calorosa, com ela conjecturando como poderia se concretizar o curso de humanização que tanto aspira, podendo ter frequência anual, talvez contar prêmios de incentivo, quem sabe ser incluído nas avaliações gerais dos gerentes e funcionários.

Após nossa despedida, eu me dou conta, como num relampejar benjaminiano, que ela manteve o foco sobre o cuidado e a atenção às pessoas idosas no decorrer de todo o seu

depoimento, lançando luzes também sobre os afetos que o cuidado nos serviços de saúde lhe inflama. Lembrei-me de Eduardo Galeano em seu Livro dos Abraços:

Um homem da aldeia de Neguá, no litoral da Colômbia, conseguiu subir aos céus. Quando voltou, contou. Disse que tinha contemplado, lá do alto, a vida humana. E disse que somos um mar de fogueirinhas.

— *O mundo é isso* — revelou — *Um montão de gente, um mar de fogueirinhas.*

Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras. Não existem duas fogueiras iguais. Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores. Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento, e gente de fogo louco, que enche o ar de chispas. Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam nem queimam; mas outros incendeiam a vida com tamanha vontade que é impossível olhar para eles sem pestanejar, e quem chegar perto pega fogo (GALEANO, 2017, p. 13).

Contemplando a fogueira de Laura, mesmo no ápice do inverno pandêmico, suas chamas se colocam em função de ser calor e conforto para as pessoas, dentro e fora dos serviços. Embora, algumas vezes, ela queime em silêncio por não confrontar o desrespeito aos usuários no respeito às colegas, que sua chama possa ser a energia transformadora no processo de propagar sua palavra-afeto na humanização que pratica todos os dias, e que espalhe muitas centelhas.

3.2.2 A palavra-resistência de Vera

Eu estava particularmente animada para o encontro com Vera, agendado para o dia 05 de dezembro de 2021. Durante as aulas de Atenção Psicossocial à pessoa idosa do Projeto Rede Sampa, pouco antes do surto da pandemia em São Paulo, a lembrança dela era uma das que mais me marcavam por sua participação, sempre de forma especial, com discussões muito críticas e intervenções sensíveis. Na época, inclusive, despedimo-nos do curso agradecendo por estarmos na “colcha de retalhos” uma da outra³⁷. Era o início das férias de Vera quando iniciamos nossa videochamada, e notei algo ligeiramente diferente em sua vivacidade, mais contida, quando nos cumprimentamos. Assim que ela começou a tecer seu depoimento a partir da pergunta disparadora, eu pude compreender o que era.

Vera começou trazendo um panorama de como a pandemia afetou a todos, revolvendo sentimentos que até então desconhecíamos em nós mesmos. Estamos todos abalados e estamos todos muito cansados, decretou. Foi então que pude discernir que em seu semblante e em seus gestos comedidos era a fadiga que a diferenciava. Ela prosseguiu dizendo que, após mais de um

³⁷ Referência ao poema “Sou feita de retalhos”, de autoria de Cris Pizzimenti. Disponível em: <<https://www.pensador.com/frase/MTk5NTA1Mg/>>. Acesso em: 14 mar. 2020.

ano de pandemia, as pessoas deixaram de agir com o mesmo cuidado do início da disseminação do vírus no que diz respeito às medidas de prevenção da doença. Por outro lado, a forma de tratamento por parte das pessoas em relação à população idosa permanece, via de regra, com a ausência de paciência e com a pessoa idosa sendo descartada. Ela acredita que os serviços de saúde também entraram nessa lógica, e tem percebido que os profissionais estão um pouco mais intolerantes – retratando sua experiência como profissional da enfermagem em uma UBS da zona norte de São Paulo:

A gente continua trabalhando, mas a gente se sente um pouco, assim, estafado. Acho que é essa a palavra. Os profissionais de saúde estão bastante cansados. A gente é muito cobrado o tempo inteiro. E é uma profissão que você não pode errar, você não é passível de erro, a gente está lidando com vida humana. E uma palavra que você fale, às vezes mal colocada, você pode aniquilar com a existência do outro (VERA).

Ela reforça que, onde trabalha, ela e suas colegas se esforçam muito, tentam fazer o máximo, mas também são humanas e há momentos em que estão cansadas, preocupadas com suas demandas familiares, com seus problemas financeiros, com seus problemas psicológicos. Ela procura, ao máximo, não levar problemas de casa para o trabalho e vice-versa. Ela tem percebido que até mesmo a profissional que foi designada como responsável exclusiva pela aplicação do questionário da AMPI/AB junto à população idosa, que é uma pessoa tranquila, amorosa e que se preocupa muito com o outro, segundo Vera, tem se mostrado um pouco mais cansada. Por questões de adaptação do espaço físico, Vera e essa profissional acabam dividindo uma sala, em determinado dia, enquanto Vera fazia um atendimento e a moça fazia a aplicação de uma AMPI, Vera percebeu o quanto profissionais e usuários estão, de fato, abalados, e relata o que ouviu na ocasião. Dentro dos 17 parâmetros em que se organiza o questionário da AMPI/AB, há um específico que trata de questões sobre o humor. Quando a profissional que aplicava a AMPI fez a seguinte pergunta: “No último mês, a senhora tem sentido desânimo, tristeza ou desesperança?”, a pessoa idosa que respondia a avaliação “desabou” a chorar, segundo Vera. A senhora compartilhou, na sala daquela UBS, que a pandemia na vida dela, na verdade, só veio para lhe mostrar o quanto é sozinha, o quanto ela é triste, porque seu filho já não a visitava, não fazia questão de ser um filho presente e de arcar com as necessidades dela, emocionais ou financeiras. E, com a pandemia, esse filho acabou encontrando apenas uma desculpa para não fazer o que já não fazia, mas justificando-se com a preocupação de poupá-la do perigo da doença. Vera me conta que, nesse dia, também chorou. Pensou, ainda, se sua própria mãe não estaria sentindo a mesma coisa a seu respeito. A partir daquele dia, passou a adotar um comportamento mais atencioso e mudou as formas rápidas com que visitava sua mãe,

reforçando os cuidados sanitários (trocando de roupa, tomando banho) para que pudesse se aproximar, dar-lhe um abraço.

Vera prosseguiu salientando que, para as pessoas idosas, também há que se considerar o impacto da pandemia em sua vida financeira. Ela conta sobre aqueles que se sustentavam vendendo coisinhas na feira, fazendo um trabalho aqui e acolá, mas que perderam sua fonte de renda. Uma de suas pacientes tem 68 anos e trabalha como diarista – *ainda* trabalha como diarista aos 68 anos de idade, enfatiza Vera. Com a pandemia, a idosa não pode mais trabalhar, não recebe aposentadoria (o motivo é desconhecido por Vera), e sobrevive apenas com a aposentadoria do marido. A questão econômica está afetando a todos, ela conclui, e confessa que não sentiu tanto impacto porque ela faz parte da categoria de profissionais obrigada a trabalhar, que foi privada de folgas e de férias, então o dinheiro estava em sua conta ao final de cada mês. Mas Vera se solidariza com as pessoas que não têm dinheiro para se alimentar, que veem contas e boletos se acumulando. E completa:

A pandemia mexeu com todas as relações, eu acho. A gente está com a cabeça bastante afetada. A gente teve que lutar todos os dias, mesmo, para ir trabalhar. Para conviver em sociedade. Para lidar com o outro. Está bem difícil. É isso (VERA).

Questionada sobre como enxergava a estafa dos profissionais e formas para que esse passado pudesse ser diferente, ela acredita que passa pela questão da política pública. Se saúde e educação fossem áreas prioritárias para investimentos, se houvesse contratação de profissionais em caráter emergencial, ou disponibilização de serviços de atenção para as pessoas “na linha de frente”, tanto melhor seria a qualidade do cuidado. Nem o direito às suas férias foi garantido à Vera, que gostaria de ter ficado em confinamento dentro de sua casa. “Mas nem esse direito, né, porque a gente tem que trabalhar, a gente tem que cuidar, só que ninguém cuida da gente”, ela diz. E conta que até soube de alguma iniciativa para a assistência psicológica a profissionais de saúde, mas que não teve acesso pois “era todo um critério, era toda uma dificuldade”.

Vera diz que, na espera pela manifestação do poder público, o trabalho se dá “tijolinho por tijolinho”. Ressalta o quanto

É difícil você querer fazer, você ter potencial para fazer, mas as armas, os equipamentos, não virem de você, não dependerem de você. É como eu falei, por mais que você caminhe, você acaba esbarrando lá no poder público. Na verba, na necessidade de compra. Eu precisava de uma fita métrica nova: não tem como, ela não chega. Aí, eu preciso de um esteto [estetoscópio] novo, esse aqui não está legal: não chega. Então fica assim, só na esperança mesmo de que um dia a gente tenha alguém aí no poder que tenha um olhar diferente para as classes mais inferiores, menos favorecidas. Porque hoje, hoje, na atual circunstância em que se encontra o país, por

mais otimista que eu queira ser, tá difícil, né? A gente está vivendo em uma época bem sombria (VERA).

Vera prossegue aludindo às formas de tratamento voltadas às pessoas idosas em nossa sociedade, que ela vê como algo já imposto: aquele antigo símbolo que nos ônibus, transportes públicos, identificava o idoso como sendo aquele “senhorzinho de muletinha”. Ela conta que seu pai, que tem 73 anos, sente-se ofendido se alguém lhe oferecer um lugar para se sentar no ônibus. Assim, Vera acredita que somos condicionados a internalizar todos estereótipos criados em torno das pessoas idosas. Ela considera este fato extremamente triste porque acredita que a pessoa tem que ser vista na sua individualidade, e não na generalização. Ela conhece pessoas idosas muito mais ativas do que ela, com seus 45 anos. Explica que é um trabalho que precisamos fazer dentro de nós mesmos, de modo a não nos deixarmos levar irrefletidamente por tudo o que nos é imposto. Vera afirma que procura fazer esse exercício todos os dias. Por mais que esteja cansada, por mais que esteja querendo “jogar toalha”, ela sempre procura colocar a experiência do outro no seu lugar: “e se fosse eu?”. Ela pensa em como se sentiria, como gostaria de ser tratada se fosse ela a buscar um serviço de saúde e a fazer um desabafo como o daquela mulher, cujo filho usava a pandemia como desculpa para não a visitar.

Nesse sentido, Vera considera que cursos de formação para profissionais, como os oferecidos pela Escola Municipal de Saúde, são muito importantes, tanto para adquirirem conhecimentos teóricos quanto atitudinais. Ela relata que, após as aulas, tinha “insights” e se pegava pensando em como havia passado anos de sua vida reproduzindo, por exemplo, palavras pejorativas em relação à pessoa idosa. Considera que, de maneira semelhante ao uso de algumas palavras de cunho racista, sem que se seja ou se queira ser racista, ocorre uma normalização no cotidiano do que não é normal. Então Vera considera que o curso de Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa, para ela e para os colegas de classe com quem conversava após as aulas, foi muito importante para “quebrar certas convicções”.

Perguntei à Vera se, com a sua potência para pensar e agir de forma diferente, sem reproduzir preconceitos tão enraizados em relação às pessoas idosas, existe um distanciamento entre o que pensa e como pode intervir na sua unidade. Com contentamento ela responde que a equipe com a qual trabalha é muito bacana, com pessoas muito unidas e preocupadas em ajudar. A profissional que está responsável pela aplicação da AMPI, por exemplo, se preciso ela permanece uma manhã inteira com o usuário, vai em busca de agendar suas consultas. A respeito das profissionais da enfermagem, Vera relata que há um combinado muito bom entre elas: quando alguém dá sinais de que está cansada, ou prestes a se exaltar, as outras vão até ela para acalmá-la, dizer palavras de conforto, perguntar se precisa de algo, sugerir para que ela

tome um ar ou tome um café enquanto as outras cuidam de suas atividades. Então ressalta que tem sido muito positivo esse acordo grupal de não se deixar transpassar o “estresse da vida e da profissão” para quem vai até a unidade de saúde buscar ajuda.

Questionada sobre quais as pistas ela poderia compartilhar sobre como esse coletivo se construiu e se fortaleceu, Vera me diz que “o segredo são os desabafos nos bastidores”. Elas compartilham choros, confissões e estratégias para ajudar umas às outras. Todas têm demandas familiares, Vera está vivendo um processo de luto (sobre o qual não entrou em detalhes em seu depoimento), então a partilha de confidências e de apoio no trabalho oportunizou a criação de vínculos potentes. A equipe se constituiu há pouco mais de um ano, devido à privatização que fez os funcionários da prefeitura serem remanejados. Vera menciona, ainda, que a equipe vem recebendo muitos elogios da população, agradecimentos constantes, o que é muito gratificante. Ela reitera que o fortalecimento da equipe acaba por fortalecer, da mesma forma, os usuários. A unidade também tem se organizado para fazer um trabalho de recebimento e distribuição de doações de alimentos durante a pandemia, trabalhando em articulação com o serviço social. As profissionais têm aproveitado, por exemplo, a aplicação do questionário da AMPI para informar as pessoas idosas sobre esse serviço. Aquela senhora do início do depoimento, que emocionou Vera com seu relato sobre a ausência do filho durante a pandemia, deixou a UBS naquele dia com uma cesta básica.

Dentre diversas outras questões sobre as quais terminamos por dialogar, conversar com Vera foi um importante retorno à realidade estéril da pandemia. Ela quis dizer, quis registrar a dureza do cotidiano, da exaustão, do abandono e do sofrimento que se afiguraram diante de um passado e futuro incertos. Ela vivenciou as injustiças, denunciou a negligência do poder público e resistiu encontrando formas de continuar cuidando – de si e de outras pessoas – transformando de uma forma insuspeitada seus vínculos e processos de trabalho. Flagrei-me com os versos de Carlos Drummond de Andrade ecoando após nossa conversa: “Onde não há jardim, as flores nascem de um secreto investimento em formas improváveis”³⁸. Justamente por confrontar a esterilidade do presente é que, na palavra-resistência de Vera, a potência do futuro pode florescer.

³⁸ Trecho do poema “Campo de Flores”, do livro *Claro Enigma* de Carlos Drummond de Andrade, escrito em 1951.

3.2.3 A palavra-transformação de Ester

Já era quase Natal quando Ester e eu conseguimos agendar nossa videochamada, em 21 de dezembro de 2021, no início de seu recesso de final de ano. A pandemia já registrava mais de 617 mil mortes causadas pela covid-19, segundo dados reunidos pelo consórcio de veículos de imprensa. Naquela noite, o Ministério da Saúde informava que o e-SUS, um dos sistemas que registra os casos e óbitos por covid, voltava a funcionar após 11 dias fora do ar devido a um “ataque hacker”.³⁹

Após uma descontraída conversa em que começamos a puxar os fios da memória desde nosso último encontro no curso de educação permanente e, como de praxe, alinharmos as questões éticas da pesquisa e proceder com a pergunta disparadora, Ester começa tecendo seu depoimento dizendo das vivências que se deram ao longo dos dias da pandemia, ressaltando que a pandemia não acabou e que não estamos em um período pós-pandemia, apesar de a aplicação a terceira dose da vacinação estar em andamento. Ela faz uma distinção de três fases nesse período: antes da pandemia, o início da pandemia e o que estamos vivendo hoje.

Antes da pandemia, as pessoas idosas circulavam livremente. No seu local de trabalho como técnica de farmácia, em uma UBS de uma área de classe média alta na região sudeste do município de São Paulo, ela conta que as pessoas veem o serviço de saúde simplesmente como um serviço de saúde. Existem, porém, aquelas que veem além, segundo Ester: procuram o serviço para conversar, trocar experiências e fazer com que o cuidado vá se construindo a partir dessa convivência, o que considera importante tanto para usuários quanto para profissionais. No início da pandemia, muitas pessoas idosas se expunham aos riscos, principalmente por não terem ciência do que estava acontecendo, segundo Ester. Mas a partir da intensa veiculação sobre os riscos e números da pandemia no país, ela conta que estas pessoas passaram a se isolar totalmente. Após a “quarentena” e de duas doses da vacina contra a covid, Ester relata observar que as pessoas idosas estão mudadas, algumas mais esperançosas, outras mais relaxadas em relação aos protocolos de prevenção à doença.

Também tomando como referência as três fases da pandemia, Ester conta sobre o que vivenciou nesses dois últimos anos. No início, sentia muito medo. Medo não apenas de contrair o vírus e disseminar entre familiares, mas um sentimento que se ampliava como um medo da solidão, medo do contato, medo de se aproximar, medo de tudo. Até a chegada de um outro momento que lhe deu mais forças, quando a vacinação começou, já que não imaginava que,

³⁹ Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/12/21/brasil-tem-86-mortes-por-covid-em-24-horas-conectesus-segue-fora-do-ar.ghtml>

dentro da forma de gestão da pandemia pelo governo, a vacina seria disponibilizada tão rapidamente. Porém, depois desse período, teve uma nova “rebaixada”, ficando mais cansada ao observar novo aumento dos casos de covid-19, um surto de influenza, e as pessoas naturalizando o que estava acontecendo. Então a sensação de impotência prevalece.

Questionada a respeito do cuidado às pessoas idosas provido pelo serviço de saúde nessas três diferentes fases, Ester relata que o cuidado permanece o mesmo: seguir protocolos. Orientam a respeito do uso de máscaras, da importância de não se expor desnecessariamente ao risco, para que possamos sair dessa crise sanitária que afetou mais intensamente a população idosa, ela afirma. Segue reforçando que ainda não é o momento para afrouxamento das medidas de combate ao vírus, uma vez que o pós-pandemia é uma construção que só pode se cumprir com cada um fazendo sua parte. Perguntei-lhe novamente não sobre o cuidado protocolar, mas sobre as formas de atendimento de profissionais em relação às pessoas idosas, ao que ela diz que os profissionais estão exaustos. E, referindo-se a si mesma, conta que a demanda de trabalho vem se dando em diversos setores dentro da mesma unidade, dificultando a manutenção da constância de acompanhamento aos usuários que costumava ter, por não sobrar tempo, por cansaço, por exaustão. Então, infelizmente, Ester diz que é nítido que os programas e as atribuições que envolviam a atenção e o cuidado integral, de fato, acabaram ficando de lado devido à ênfase colocada na vacinação, que também é importante nesse momento, ela reconhece, mas que evidencia a impossibilidade de dar continuidade ao trabalho que já realizavam.

Ela também assinala que, pela impossibilidade de realizarem o acompanhamento das pessoas idosas (como gostariam e como deveriam), observa o aumento da incidência e o agravamento de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, cujos cuidados foram preteridos ou descontinuados nesse período pandêmico, o que irá sobrecarregar ainda mais o SUS. Também relatou sobre o considerável aumento da procura por medicamentos psicotrópicos também entre a população idosa, o que justifica o fato de a fluoxetina e a sertralina (inibidores seletivos da recaptção de serotonina) estarem entre os medicamentos em falta no SUS – o que acarreta nova carga de estresse desnecessária para aqueles que vão em busca de sua medicação e não a encontram, completa Ester. Ela se penaliza diante desta situação, e compartilha que uma de suas hipóteses para esta conjuntura seria a dificuldade manifesta em nossa sociedade para lidar com a finitude – tema que ela resgata de uma conversa pontual de nossas aulas. Ela se questiona sobre como é possível sair desse cenário, uma vez que as pessoas idosas com quem dialoga na farmácia da UBS relatam não ter mais vontade nem sentir alegria em fazer o que faziam, e o uso exacerbado de medicamentos não trata nenhuma causa. Pergunto

à Ester se teve conhecimento sobre alguma intervenção ou serviço voltado à população idosa durante a pandemia, ao que ela responde contando sobre uma ação individual de uma conhecida que trabalha com arteterapia junto a pessoas idosas e tem resultados satisfatórios. Ela acaba ampliando suas reflexões sobre as diversas variáveis que tornam inconclusiva a eficácia de uma prática pontual – a classe social, o passar do tempo que pode levar as pessoas a conseguirem “ver a luz no fim do túnel”, mas Ester é resoluta ao dizer que, frente às poucas iniciativas de oferta de serviços diante da grandeza de nossa população, as pessoas menos favorecidas serão as periféricas.

Acho que o ideal mesmo seria o SUS voltar às suas normativas. Existe ainda uma grande população a ser vacinada, nós entendemos, porém, eu acho que não cabe mais vacinação dentro das unidades de saúde. Porque a gente está perdendo nossos usuários por conta de vacinação. Eu acredito que, se houvesse uma estratégia que colocassem [a vacinação] em alguns lugares centrais que não sejam em UBS, ficaria melhor a nossa convivência e o nosso olhar. Porque eu acho que a gente precisa resgatar enquanto ainda é tempo [...] a gente começar a voltar às nossas práticas de acompanhamento, de rodas de conversa, justamente para as pessoas entenderem que foi trágico, mas não é o fim (ESTER).

Ester compartilha que, embora tenha sido transferida para outra unidade devido à transição da administração para uma Organização Social de Saúde (OSS), ela percebe haver um consenso nas unidades sobre o que de pior a pandemia nos outorgou: o isolamento. Ela diz que, mesmo que já se vivesse só, foi *muito* só para muitos, e tem a impressão de que as portas se fecharam para alguns usuários, para as quais ainda não se tem a chave para abrir. Para completar, a pandemia despertou um lado ruim dos profissionais, que se antes já não tinham muita paciência com uma pessoa idosa, agora parece que têm menos.

Ao envelhecer, a gente vai perdendo algumas condições, eu diria, audição, visão, coordenação motora. Isso faz parte. E, às vezes, quem está do outro lado não entende que isso acaba sendo normal. E então, se a pessoa não entendeu, eu acho justo que se repita. Né? Se a pessoa não conseguiu ler, eu acho justo que você diga e/ou escreva de uma forma que a pessoa entenda. Não é simplesmente “Ah, está escrito, a senhora não lê?”. Eu acho que isso é desumano (ESTER).

Após ela concluir sua explanação sobre os atendimentos estarem inadequados durante a pandemia devido à sobrecarga de trabalho em todos os setores da unidade – o que não é justificável, segundo Ester – perguntei-lhe, a partir de sua experiência de ter passado pela formação de educação permanente voltada para a atenção à pessoa idosa, se o curso pode contribuir para mudar ações na prática e, se não, o que precisaria para um curso de formação provocar mudanças. Ester relata que, para ela, o curso foi um divisor de águas. Tendo iniciado o curso antes da pandemia, ela passou a analisar as próprias ações, principalmente diante do

usuário, e mesmo agora, tanto tempo depois, e ainda que esteja exausta, ela consegue voltar àquilo que aprendeu.

Então eu acho muito importante que o servidor, ou o profissional, em si, ele tenha esse espaço para fazer a sua autorreciclagem, porque não é só uma reciclagem, é uma autoanálise. Ele precisa se analisar. Ele precisa ver aonde que ele está errando, quais são as falas dele mediante ao usuário. E saber que ali é uma pessoa como ele, que está procurando um serviço – que é muito bom, porém, muito deficiente. E a gente acaba contribuindo para essa deficiência. Às vezes se fala assim “ah, o serviço não tem isso, não tem isso”, mas a pessoa também não ajuda o usuário ao falar assim “olha, não tem isso, não tem isso, porém a gente tem uma outra coisa”. Dar uma alternativa. Eu acho que a gente precisa disso justamente para ter uma alternativa. Né? Eu acho muito importante e essencial. Ainda mais agora que os profissionais estão cansados. Às vezes não há nem fala, de tanto cansaço que a pessoa sente. Então eu acho muito importante começar a tirar alguns funcionários de cena, para fazer essa autorreciclagem, essa análise, enfim, para ele voltar com outro ânimo, com outro olhar, eu acho super importante (ESTER).

Ela segue afirmando que, a respeito do tratamento em relação à pessoa idosa, por exemplo, ela é uma prova de que é possível mudar. Havendo investimento e vontade de mudar, é possível aprimorar o cuidado e o amparo.

Ester conta que se instrumentalizou, através do curso, para ampliar seu olhar referente ao uso dos psicotrópicos, partindo de uma postura de apenas entregar os medicamentos para o reconhecimento da importância de seu trabalho representar aquilo que acredita: que é preciso orientar, dialogar sobre a vida do usuário em outras esferas que não a da medicação, apresentar e pensar junto com o usuário outras possibilidades, diferentes opções para que ele ocupe seu tempo, ou para que compartilhe suas experiências com outras pessoas idosas. “Eu vejo um ser que necessita além do medicamento. Ele necessita de possibilidades”, Ester ressalta.

Tudo isso foi importante para o seu crescimento e de outras profissionais, pois ela se tornou multiplicadora ao também apontar para as colegas novas formas de intervir. O curso também ajudou Ester a saber quem são seus parceiros dentro das redes de atenção à saúde, apresentando serviços que desconhecia até então. Além disso, o grupo criado durante o curso pela sua turma, em uma rede social de mensagens instantâneas, permanece ativo após mais de um ano do encerramento da formação. Ela conta que eles compartilham vivências, trocam sugestões e opiniões acerca de dificuldades que enfrentam e se percebem vivendo experiências semelhantes com usuários diferentes.

Após prosseguir compartilhando suas histórias – novas leituras, estudos e pesquisas que vem se dedicando; questões sobre sua saúde mental – da qual cuidou sem ajuda profissional; preocupações – já que precisaremos de novas práticas e novas ferramentas para lidar com o aumento da população idosa em 20 anos; afetos – para atravessar a pandemia segue apoiando-

se em seu filho, em seus pais idosos, e no cachorro que agregaram à família; esperanças – espera consciência de todos sobre os idosos que seremos daqui a alguns dias; Ester revela sua necessidade de manter um diário em que registra todos os eventos que considera importantes mundialmente, pois vê nos registros ferramentas importantes para compreender as construções diárias. Ela declara que, retomando os registros que fez em seu trabalho de conclusão de curso (TCC) realizado durante o Projeto Rede Sampa, gostaria de ter a oportunidade de reescrever o trabalho quando tiver tempo. Questionada sobre quais mudanças efetuará, ela hesita se poderia mesmo compartilhar tais questões naquele depoimento, mas relata que havia dito no TCC que “o governo federal buscou direcionar estratégias preventivas”, quando na realidade foi o contrário.

É um governo que faz totalmente o oposto do que a gente tenta fazer. Ele acaba com o nosso trabalho. Ele acaba com tudo aquilo que a gente fala. Como eu disse para você, a questão do protocolo, todos os protocolos foi alguém que estudou muito para chegar nisso. Então quando a gente vê um governo negacionista dizendo “ah não precisa usar máscara, não precisa de vacina” ele vai totalmente contra tudo aquilo que a gente prega. E isso me entristece muito, muito mesmo, porque o nosso trabalho é um trabalho de formiguinha. Eu não posso sair dizendo aos quatro cantos, eu tenho que dizer um por um “use a máscara, lave as mãos, siga os protocolos, não aglomere”, enfim. E aí uma pessoa que tem o poder de dizer a todos, ele vai falar o contrário, ele desmancha tudo aquilo que a gente fez. Não quero jogar a culpa também só no governo, mas, assim, é a pessoa que nos representa, né? Isso para mim é totalmente desumano com a gente que está fazendo nosso trabalho (ESTER).

Ela também compartilha o espanto de constatar em seu TCC, finalizado no segundo semestre de 2020, que na época estava consternada com 100 mil mortes provocadas pela covid-19, e em dezembro de 2021 esse número chegou aos 600 mil. E complementa que seria uma grande mentira dizer que o governo não tem sua parcela de culpa nessa situação, pois poderíamos estar em outro patamar se ao menos os protocolos tivessem sido seguidos. Para ela, é impossível desvincular a situação brasileira de fome, desemprego, inflação e “n” coisas de seus decorrentes impactos que recairão na área da saúde, porque todos os riscos e danos às pessoas irão refletir no corpo, no bem-estar e no desenvolvimento de doenças. E completa falando sobre suas perspectivas em relação ao SUS:

O SUS, ele é... Eu não consigo nem explicar porque eu sou fã do SUS. Eu acho que ele tem tudo para dar certo. Porém, se a gente não cuidar bem dele, “a gente” que eu digo o Governo, ele tem que ter um outro olhar para o SUS. Tem que ter. Essa experiência dos hospitais, eu acho que foi o suficiente para entender que precisa de outras manobras, que não dá para manter o mesmo estilo, ficar só com aquele recurso mínimo. A gente tem que investir. O SUS é para onde vai tudo. Que ele não seja o início, mas ele vai ser o final de alguém. Então eu acho muito importante que haja valorização. Eu acho que, de tantos programas que o Brasil tem, o SUS é fundamental (ESTER).

Ela prossegue trazendo reflexões críticas sobre o Estado terceirizar a sua responsabilidade sobre a saúde, o que considera muito preocupante. Diz que a população precisa se envolver nas discussões sobre o que vem acontecendo no SUS, citando como exemplo os prejuízos na qualidade dos atendimentos, usuários impossibilitados de iniciar e finalizar um tratamento com os mesmos profissionais devido à rotatividade e a ruptura de vínculos. Ela se emociona ao compartilhar uma experiência que viveu durante dois meses trabalhando durante o gerenciamento de uma OSS antes de voltar para uma unidade de administração direta.

Se o usuário chega lá porque me conhece e diz assim: “Eu fiz um bordado num pano de prato”, para as pessoas que estão ouvindo não é nada, mas elas não sabem o vínculo que eu construí com essa pessoa para ela me dizer que fez um pano bordado. Porque a gente vai construindo um vínculo dizendo “O que que a Senhora gosta, o que que a Senhora sabe fazer? O que a Senhora tem prazer em fazer?”. “Ah, eu gosto de bordar”. “Mas a Senhora não está bordando mais? Por que a Senhora não está bordando mais?” “Ah, porque eu estou cansada, eu agora sento na frente da TV e fico lá só vendo notícia ruim”. Aí você pega e fala assim: “E se a Senhora ouvir a notícia ruim, mas fazer uma coisa que você gosta? Que tal, então, bordar vendo a televisão? E a pessoa justamente foi me mostrar isso, que ela fez um pano bordado mesmo vendo notícia ruim, ou seja, não foi tão ruim porque ela estava fazendo uma coisa que ela gosta. A concentração dela estava em outra coisa. E a pessoa que estava comigo, terceirizada, achou ruim porque estava conversando com a mulher e tinha gente esperando. [...] E você vê que isso é a primeira coisa que eles querem cortar, vínculo. É produção em massa. E isso é muito ruim. E eu acabei saindo de lá assim, sem ter contato com essa Senhora novamente. Então, para mim, eu deixei, né? Eu saí muito frustrada de lá. Saí até chorando de lá. Porque, assim, você acaba saindo da sua casa. E deixando sua casa para outras pessoas que você sabe que não vão cuidar da mesma forma que você (ESTER).

Acolho os sentimentos e lágrimas de Ester. Ela completa seu relato reiterando que somente através do diálogo, e do tempo para o diálogo, é que se poderá compreender quais são as dores das pessoas que buscam os serviços de saúde – e que vão muito além da dor física e da simples prescrição de dipirona. Encerramos nossa longa e profícua conversa com as reflexões de Ester sobre a importância do vínculo, além das esperanças de que todos os usuários que experimentaram essa forma vincular de relação continuem encontrando e exigindo esse modelo de cuidado no SUS.

Ester e sua percepção crítica acerca da realidade do cuidado no SUS me fizeram sair transformada desse encontro com suas experiências e seus saberes. Ela revela a afinação de seu olhar para a potência de sua práxis, aponta alternativas e possibilidades para a atenção em saúde, indica caminhos possíveis para os serviços e desvela possibilidades para a esperança, tal qual

Paulo Freire (2013) descreve como tarefa para a construção de um “inérito-viável” que possa superar injustiças e opressões e refazer o mundo na luta dos oprimidos e das oprimidas.

3.2.4 A palavra-alinhavo de Célia

Célia me recebeu em sua casa no quarto onde guardava seus materiais de costura, em meio a peças que havia confeccionado para presentear familiares. Enquanto sua filha mais nova, que mora com ela e é estudante de graduação em Psicologia, assistia televisão na sala, Célia fechou a porta do quarto onde costurava e me convidou para ficar à vontade. Com sua voz firme e melodiosa, ela me dizia para não reparar na bagunça, ao mesmo tempo em que me mostrava animadamente (pela tela tremulante do celular) seus tecidos, colchas e cortinas que se tornaram seu novo passatempo em casa, agora que estava aposentada há cerca de um mês.

Como se também quisesse compartilhar, prontamente, o que de mais significativo havia em sua morada (agora a subjetiva), Célia já começou a me contar, logo após uma descontraída conversa e meu movimento de apresentar os aspectos formais e éticos da pesquisa (juntamente com a explicitação do TCLE), porém antes mesmo que eu pudesse lhe fazer a pergunta disparadora do roteiro de entrevista, sobre a terrível experiência de quase ter perdido sua filha, a mais velha, para a covid-19. Após um período de internação na UTI da cidade onde morava, na região metropolitana de São Paulo, a filha mudou-se para a casa de Célia, no bairro do Jaraguá, localizado na zona noroeste do município de São Paulo. Célia ficou responsável pelo cuidado da filha e conta ter sofrido, ainda, com as sequelas deixadas pela doença, como a debilidade física e o cansaço incomuns para a filha de 32 anos. Esse período de cuidados, por si só árduo, foi para Célia o único intervalo temporal em que teve 20 dias de licença do seu trabalho como agente de apoio administrativo em uma AMA/UBS Integrada da Zona Norte de São Paulo. Um breve hiato – no qual não se afastou da atividade de cuidar, no entanto – entre dois anos de trabalho ininterruptos na área da saúde durante uma pandemia, sem férias, sem feriados, sem folgas. Aos seus 62 anos, Célia me disse para ficar à vontade para perguntar o que eu quisesse, já que agora, aposentada, tinha tempo.

Célia respondeu à pergunta disparadora trazendo, inicialmente, uma perspectiva de como era o cuidado de pessoas idosas nos serviços de saúde antes da pandemia. Com enfoque em seu lugar de fala enquanto profissional de saúde, relatou sobre as atribuições que envolviam o cuidar em seu trabalho junto aos usuários e usuárias com mais de 60 anos, que em seu serviço eram muito numerosas. Célia, profissional, era uma das referências da equipe da “sala 8” onde

realizava a aplicação de AMPI, agendamento de consultas, exames e orientação às pessoas idosas. Frisou que não são todas as pessoas que trabalham nos serviços que têm paciência e respeito para com as velhas e velhos. Questionada sobre seu lugar enquanto usuária e idosa, contou que sempre passou por consultas nas UBS em que trabalhou como agente de apoio durante 18 anos (sendo 12 anos trabalhados na unidade onde atuou anteriormente, antes de se tornar OSS, e 6 anos na última onde se aposentou – vínculos que se perderam, novos vínculos que se criaram). Célia, idosa, acredita que, de agora em diante, a forma como será cuidada irá mudar, colocando em dúvidas se terá a mesma sorte de ser atendida da forma como atendeu. Trouxe como exemplo a semana anterior⁴⁰ em que foi à UBS próxima à sua casa para receber a quarta dose da vacina contra a covid-19. Foram duas horas esperando até que fosse atendida e vacinada. Pensou em fazer uma reclamação na ouvidoria, mas desistiu.

Nesse sentido, já considerando a chegada da pandemia, Célia conta que em sua unidade nenhuma pessoa idosa demorava a ser atendida, em especial quando se tratava de vacinação. A respeito do cuidado, ela considera ter sido redobrado em seu trabalho, em orientações sobre as medidas de prevenção para reduzir a propagação do novo coronavírus, como o uso máscaras, higienização das mãos, manutenção do distanciamento físico e busca ativa para continuidade da imunização das pessoas idosas que não voltaram para tomar outra dose da vacina. Mas enfocou na exaustão pelo trabalho contínuo durante esse período, somado à preocupação com quem estava longe dos seus cuidados, ao sofrimento de observar pessoas saindo em ambulâncias para ir para a UTI, à apreensão de observar a morte cada vez mais próxima levando pais, mães, irmãos, filhos, colegas de trabalho, vizinhos, conhecidos. Frequentemente se lembrando da dimensão coletiva da pandemia, Célia conclui que foram dois anos de muitas histórias – histórias difíceis – para contar. E agora, no segundo trimestre de 2022, mesmo o país caminhando para uma flexibilização das medidas sanitárias implementadas desde o início da pandemia, ela confessa que ainda se sente apreensiva e insegura, evitando sair de casa e participar de reuniões familiares.

Sua família extensa também foi pauta em nossa conversa, já que sua mãe, de 89 anos, irá receber a visita de Célia nos próximos meses em sua casa, na Bahia. Célia e seus 9 irmãos e irmãs, de diversas cidades e estados, se revezam nos cuidados da mãe desde o falecimento do pai, há oito anos. A matriarca de quase 90 anos tem boa saúde, cuida de sua casa, faz sua

⁴⁰ Célia foi entrevistada no dia 12 de abril de 2022 e, segundo recomendação do Comitê Científico de São Paulo e determinação do Governo do Estado de São Paulo, a aplicação da quarta dose de reforço do imunizante contra a covid-19 para pessoas acima de 60 anos teve início em 5 de abril de 2022 em todo o estado. Disponível em: < <https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/sao-paulo-amplia-quarta-dose-da-vacina-de-covid-19-para-pessoas-acima-de-60-anos/>>. Acesso em: 20 abril 2022.

comida, mas conta com a preocupação dos filhos, filhas, genros e noras que não querem deixá-la sozinha e a visitam com frequência, passando meses alternados com ela. Célia pondera que, ao contrário da mãe que teve seus dez filhos, terá dificuldades em ser cuidada em sua velhice por ter tido apenas duas filhas. Ela acredita que a alternância de cuidados entre apenas duas pessoas será trabalhosa e mais cansativa, portanto, já planeja usar sua aposentaria para, no futuro, pagar para viver em alguma instituição para pessoas idosas. Ou, ainda, considera aceitar a presença de um profissional cuidador em sua casa, desde que seja alguém de confiança, um tipo de ajuda para as atividades básicas de vida diária que a mãe de Célia, por exemplo, não aceita em sua casa.

No que diz respeito ao papel de profissionais que exercem o cuidado de pessoas idosas, por conseguinte, Célia espera que sejam respeitosos, que sejam “profissionais”, mesmo que não haja “carinho” na relação, como muitas vezes acontece nas relações entre pais e filhos. Perguntei-lhe o que pensava acerca do vínculo entre profissionais e usuários, compreendido por Célia como relações de “amizade”, e ela relata considerar importante manter o profissionalismo para que não haja a prática de “dar um jeitinho” de beneficiar as amizades em detrimento dos demais usuários. Mas quando questionada a respeito do “carinho” que mencionou anteriormente, ela reconhece que, sim, gostaria de ter a sorte de ter alguém que lhe desse atenção, conversasse, contasse histórias, partilhasse risadas, se interessasse por ela. Por isso, de acordo com Célia, durante a formação dos profissionais eles deveriam aprender mais do que apenas os protocolos e as técnicas, e que deveriam existir cursos sobre formas de tratar bem as pessoas, sobre respeito. Questionada sobre sua velhice, ela espera, para o futuro do cuidado, que profissionais também sejam capazes de pensar a velhice em si próprios, em seus pais e também em seus filhos.

O que eu espero do futuro é que os profissionais, quando eles estiverem atendendo, que eles atendam pensando, assim, neles futuramente, no pai dele, na mãe dele, no filho dele. E que pense assim, eu não gostaria que a minha família fosse tratada mal... então o respeito (CÉLIA).

Prossegue dizendo sobre a esperança de que o trabalho de cuidar não se resuma à necessidade da remuneração, de modo que se possa promover boas relações. Mas Célia conclui que, embora torça para que melhorias venham em seu caminho nos próximos anos, não tem muita expectativa de que as coisas irão melhorar. Temos a classe dos políticos que só pensa em seus privilégios, os recém-formados profissionais da área de saúde que se dedicaram apenas a obter seus diplomas em vez de conhecimentos, diferentemente da responsabilidade que os

profissionais mais antigos tinham de fazer jus aos seus diplomas – completa Célia. Ela recorda que, durante a pandemia, chegou-se ao absurdo de cogitar que se, nos serviços de saúde, a escolha entre a vida de um jovem e de um idoso tivesse que ser feita, o jovem seria escolhido, seguindo uma lógica de que o idoso já não tem mais o que contribuir, dar lucro para uma empresa.

Ela prossegue afirmando que há organizações que não admitem idosos para fazer parte do seu corpo de funcionários, já que após os 40 ou 50 anos se imagina que as pessoas não trarão rendimento para a empresa. Célia se orgulha de sempre ter feito seu serviço “direitinho”, nunca tendo sido chamada a sua atenção nos seus 18 anos trabalhados na área da saúde como funcionária pública, categoria que é considerada preguiçosa e desocupada por algumas pessoas – visão preconceituosa que Célia nunca aceitou. E agora, com o direito da aposentadoria após 31 anos de trabalho, Célia quer descansar. Descansar, costurar, esperar sua filha que venceu a morte “ganhar neném” no próximo mês e, após o “resguardo” da filha, passar mais tempo com sua mãe na Bahia. Célia só visitava a mãe uma vez por ano, e se diverte ao contar que sua mãe não vê a hora de o bebê nascer para que Célia possa ir logo para a Bahia. Como Célia é a única filha divorciada – e, segundo ela, “graças a Deus” é divorciada – sua mãe sabe que é a única que vai ficar à vontade com ela, sem a pressa de retornar para o marido. Quando questionada sobre o seu “graças a Deus”, nós duas rimos com o “livramento de Deus” por Célia estar sozinha e ela arremata dizendo, por trás dos seus óculos vermelhos, que está “melhor sozinha do que mal acompanhada”. Consigo mesma, Célia segue bem acompanhada.

Após esse momento de partilha tão rico junto a Célia que, ao costurar suas experiências como pessoa idosa e profissional de saúde aposentada, alinhavou tantos sentidos para a compreensão da sua experiência de envelhecer durante a pandemia – narrando dores delicadas que não são passíveis de remendos, percorrendo o lado direito e o lado avesso do cuidado nos serviços de saúde, resgatando a importância dos nós dos afetos que se constroem e se desfazem – nossa conversa se encerrou com Célia me convidando para tomar um café. Sua palavra-alinhavo conseguiu cerzir, por fim, uma conversa online-presencial pela atmosfera carinhosa com que compartilhamos a sua história entre seus tecidos, colchas e cortinas. Na tessitura de suas experiências de cuidar e ser cuidada, Célia segue aprendendo sobre o “ponto invisível” do seu envelhecer com a recente aposentadoria, mas demonstra que sua visão, suas mãos e sua alma⁴¹ estão coordenadas para costurar cuidadosamente a sua velhice. E o nosso cafezinho permanece como uma promessa.

⁴¹ Referência à obra “O narrador” de Walter Benjamin (2012), mencionada no início deste capítulo, ao descrever a inscrição da alma, do olho e da mão num mesmo contexto de construção artesanal da arte de narrar.

3.3 As vozes das velhices sob o signo da covid-19

A arteficialidade de uma narrativa possível para a experiência dos oprimidos e vencidos nesse tempo histórico de pandemia entrelaça as vozes de Laura, de Vera, de Ester e de Célia. A partir de suas experiências compartilháveis, busca-se produzir sentidos sobre importantes aspectos socioeconômicos, políticos, culturais e institucionais do cenário da pandemia que constituem a sua versão desse contexto histórico, esboçando os contornos do cuidado em relação às pessoas idosas que buscam atendimento no SUS.

Sendo a gramática de seu cuidado com as velhices fundada sobre as palavras *afeto*, *resistência* e *transformação*, e todas elas *alinhavadas* pela experiência dialética do sujeito de cuidar e ser cuidado, foi possível costurar compreensões sobre as relações de *afeto* que sustentam a humanização e o cuidado integral no SUS, a *resistência* às situações de opressão, ao etarismo e à heteronomia nos equipamentos de saúde, resistência esta que é o combustível para o compromisso ético-político que possibilita a *transformação* de sua realidade de forma crítica, potente e *alinhavada* na experiência do coletivo. Buscando a afinação das quatro vozes das depoentes, seus consensos e dissensos, a partir da análise de conteúdo estabelecemos quatro categorias para a discussão, apresentadas na sequência.

Logo, dentre os temas recorrentes elencados e que guardam os afetos, resistências e transformações acerca do cuidado às velhices no contexto pandêmico, apresentamos os desafios vivenciados na pandemia, compreendendo os impactos nas formas de cuidar e o cuidado “a contrapelo”, o qual está intrinsecamente associado às concepções sobre as velhices e aponta para a importância de uma “educação pela velhice” atravessada pela fulguração da experiência.

3.3.1 A covid-19 como sindemia e os desafios na Atenção Básica em Saúde

A conexão entre os fragmentos que exploram os diversos significados da pandemia, mais do que na contiguidade dos depoimentos orais e escritos aqui colhidos, é estabelecida pelo mosaico de tensionamentos das experiências das velhices no contexto das políticas públicas de saúde em meio às crises. É interessante destacar os diferentes períodos temporais em que se fundaram os registros sobre a pandemia, iluminando distintos momentos e contextos com suas particularidades – o que não se deu de maneira propositada, uma vez que a própria realidade objetiva do contexto pandêmico determinou as condições para o desenho dos procedimentos metodológicos adotados na pesquisa.

Assim, durante o período de realização do curso de educação permanente e da aplicação dos questionários junto a profissionais/estudantes (de março a outubro de 2020), predominava o medo e a insegurança frente ao vírus. A incerteza sobre os desdobramentos da pandemia, sobre a qual não havia informações suficientes, trazem matizes de ansiedade e de sofrimento. Decorrido mais de um ano do início do surto da covid-19, as entrevistas com as profissionais depoentes, em 2021, tiveram lugar após os maiores registros dos números de infectados e mortos de todo o período pandêmico, quando foram ultrapassados 3500 óbitos em 24 horas⁴². Com a vacinação já em andamento no país, os relatos das profissionais denunciavam, principalmente, a exaustão. Passado outro ano, após suplantadas praticamente todas as medidas sanitárias de prevenção da transmissão da doença, apesar dos casos de infecções e mortes ainda em curso, Célia relata a insegurança que permanece em 2022, mas em concomitância com novos projetos de vida.

Se entre as profissionais de saúde é “pandêmica” a exaustão e a precarização de suas condições de trabalho, impactando o cuidado prestado – como veremos no tópico subsequente –, entre as pessoas idosas é “pandêmico” um sofrimento de dimensão existencial e atrelado à precariedade da vida. As tentativas de adaptação ao “novo normal” – com a iniquidade, o isolamento, a necropolítica e o etarismo exacerbados – tornam evidentes quão insustentáveis estão as formas de viver no nosso sistema, uma vez que, no cortejo triunfal dos vencedores, o “novo normal” tem uma origem sobre a qual não podemos refletir sem horror, assim como fora descrito por Benjamin (2012) sobre a transmissão cultural da barbárie.

Enquanto o mundo supera a marca de 570 milhões de casos de infecção e 6 milhões de mortes por covid-19 em agosto de 2022⁴³, em que pesem as distintas medidas implementadas nos diferentes países para o enfrentamento da doença, salta à vista a ineficácia das intervenções adotadas em torno da prevenção da doença e de suas consequências sociais, econômicas e humanitárias para as populações.

Como fora ilustrado pelas profissionais depoentes nesta pesquisa, e afirmado por Horton (2020), a covid-19 está em interação com uma série de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão, diabetes, e os contextos de desigualdades potencializam os efeitos adversos dessas doenças em associação em meio às crises sanitárias, político-institucionais,

⁴² Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/30/brasil-volta-a-bater-pior-marca-com-3668-mortes-por-covid-registradas-em-24-horas.ghtml>>. Acesso em: 03 jun. 2022.

⁴³ Our World in Data. Coronavirus (COVID-19). Disponível em: <<https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>>. Acesso em: 04 ago. 2022.

sociais e ambientais. Tal cenário, portanto, leva o autor a afirmar que a covid-19 pode ser considerada uma sindemia. Elucidando o conceito,

Sindemias são caracterizadas pela interação entre duas ou mais doenças de natureza epidêmica com efeitos ampliados sobre o nível de saúde das populações. [...] A consequência mais importante de considerar a COVID-19 como uma sindemia é sublinhar suas origens sociais. Cresce em todo o mundo o interesse substancial da influência das desigualdades sociais sobre a pandemia. Neste sentido, o impacto desigual e injusto da COVID-19 já se mostrou evidente com taxas desproporcionais de infecção e morte entre distintos grupos sociais. Além dos efeitos diretos sobre a morbimortalidade, decorrentes da doença causada pelo coronavírus e de outras a ela correlacionadas, a pandemia também desencadeou no agravamento das condições de vida da população, atingindo com maior intensidade os grupos já em situação de vulnerabilidade (BISPO JÚNIOR; SANTOS, 2021, p. 2).

Em consonância com os dados sociodemográficos da população idosa já apresentados anteriormente neste capítulo, há estudos que evidenciam o aprofundamento da desigualdade e dos impactos da pandemia nas condições socioeconômicas, de saúde e no sofrimento psíquico de pessoas idosas vulneráveis (KALACHE et al., 2020; ROMERO; SILVA, 2021; WU, 2020). Nos serviços de saúde retratados pela amostra de profissionais participantes desta pesquisa, a ênfase no processo de vacinação da população e a priorização do atendimento aos casos de covid-19 fez com que o acompanhamento das DCNT fosse abandonado, como disseram as profissionais. Todas as depoentes também compartilharam que a procura pelos serviços por parte das pessoas idosas diminuiu, prejudicando a continuidade dos trabalhos desenvolvidos até então, já que a frequência de encontros com os usuários para orientações e acompanhamento se restringiu.

Através dos questionários respondidos pelos profissionais de saúde no presente estudo, também foram relatadas as dificuldades relacionadas à interrupção das atividades grupais oferecidas pelos serviços às pessoas idosas, agudizando o sentimento de solidão e o isolamento das mesmas.

Trabalho na rua em vistoria sobre a dengue e encontro muitos idosos em casa sem poder sair por conta do Covid. É muito triste tudo isso porque é visível a necessidade que eles tem de conversar com outra pessoa. Muitos estavam acostumados a sair, bater papo, fazer algumas comprinhas e agora estão proibidos de sair na calçada. O pior é que os mais novos não tem paciência com eles e muitas vezes acabam tratando com muita ignorância. Cheguei a conversar com alguns e ouvi um pouco o que eles gostariam de falar. Eu gosto de conversar com eles e acho que agora com toda essa pandemia, passa a ser uma necessidade de escuta-los. Teve um dia que um senhor me atendeu na varanda e estava bravo, sem paciência, claro que eu entendi toda situação e comecei a puxar assunto para ele ficar mais calma e no final ele me contou que os filhos não deixam ele fazer nada, nem sair no portão e que ele não estava acostumado com isso, sempre foi muito independente e fez as coisas dele do jeito que ele queria. Falei para ter um pouco mais de paciência e que logo tudo isso ia passar e ele voltaria

a fazer as coisas dele. No final ele já estava sorrindo e mais tranquilo. Temos que aprender a respeitar o momento do outro, principalmente dos idosos (PROFISSIONALD2).

[Sobre o curso] Eu acho que tudo que foi falado serviu para ajudar no atendimento e na escuta. Eu acho que ajudou muito principalmente agora na pandemia que tudo parou, as atividades, os grupos, e eles não podiam sair de casa. Quando alguns deles conseguiam sair vinham até o posto de saúde falar para mim que estavam com medo de ficar doente, medo de morrer, e de perder as pessoas que amam. Aí onde eu procurei acalmá-los falando para eles "calma logo tudo isso vai passar, nós estaremos juntos novamente nos grupos". Recomendei a eles fazerem em casa aqueles exercícios que aprenderam, tendo cuidado para não cair, podendo até fazer sentados. Também falei para eles que não precisavam ter medo apenas ter alguns cuidados e me ofereci para responder suas dúvidas pelo WhatsApp. As aulas me ajudaram na escuta, no acolhimento etc. (PROFISSIONALB6).

Agora com a pandemia, muitos paciente ficaram mais isolados.. então ao chegar no balcão da farmácia eles falam da vontade de voltar aos grupos de atividades da unidade.. falam do medo.. nos perguntam se não temos medo do covid.. É uma troca. (PROFISSIONALB5)

Estudos indicaram que entre os principais impactos das medidas de distanciamento e interrupção do convívio social encontram-se a ansiedade, a depressão, o estresse, os medos da morte, da perda e da dor crônica não tratada, o luto antecipatório, a ideação suicida e o suicídio (OLIVEIRA et al, 2021). O isolamento e a solidão, que foram levados à sua máxima durante a sindemia de covid-19, provaram-se como geradores de sofrimento que exacerbam a precariedade da vida das velhices dependentes do SUS. Para romper com a segregação indesejada, muitos decidiam enfrentar o medo da doença e se arriscarem fora de suas casas, preferindo conviver com a incerteza da contaminação à certeza da solidão. Foi então que essas pessoas idosas passaram a ser suscetíveis não apenas ao vírus, mas aos preconceitos etários da sociedade. Nas redes sociais, foram alvo de piadas etaristas:

A chacota “*walking* velho” é a discriminação de idosos que ocupam o espaço público repaginada. A troça com a teimosia e a necessidade de uma “gaiola pra velho” é a reedição da intolerância ao ver idosos exercendo seu direito de ir e vir no transporte público em horário de pico, ou na fila do banco em horário de almoço, ou ocupando vagas exclusivas em shoppings e supermercados. Afinados a estas jocosidades, apenas aparentemente inocentes, estão discursos e posturas mais graves que, somados aos preconceitos estruturais de cor/raça, classe e gênero, fazem parecer aceitável submeter vidas à exclusão, à violência, à desigualdade e à morte (GONÇALVES, 2020, p. 37).

A morte também foi tema tratado pelas profissionais em seus relatos, dizendo sobre as inúmeras perdas vivenciadas durante o período em que perdura a sindemia.

Esse ano de 2020 está sendo muito difícil, perdi vários pacientes com covid. 19. Uma experiência que fiquei muito triste foi a senhora que perdeu a filha de 38 anos que deixou 3 filhos, a mãe está muito abalada devido a morte da filha com crise de ansiedade, tristeza e com pensamentos ruins, foi agendada uma consulta com a médica

da equipe para ter uma avaliação, saiu do consultório com medicações e exames de rotinas mais específicos e passado para equipe NASF para um apoio psicológico e ser acompanhada (PROFISSIONALB2).

O processo do luto, da morte e do morrer está sendo vivenciado de formas sem precedentes pelas pessoas sobreviventes à covid-19. As mortes ocasionadas pela doença, bem como aquelas decorrentes de outras causas, ocorreram em meio às restrições do distanciamento social, privando as pessoas enlutadas do suporte social dos rituais de despedida. Pesquisadores alertam para o risco do provável aumento, entre outros transtornos relativos à saúde mental, do “luto complicado” ou do “transtorno do luto prolongado” (GOVEAS; SHEAR, 2020; MAYLAND et al., 2020) – embora sustentemos ressalvas quanto à patologização do processo de luto, que desconsidera a importância da viabilização e da oferta de espaços sociais e terapêuticos para a vivência e a elaboração do sofrimento numa sociedade administrada.

A profissional Laura fez um sensível testemunho sobre a perda de seu pai durante o período de distanciamento social, reconfortando-se com o privilégio de tê-lo velado, abraçado, vestindo-o com sua roupa preferida e se despedido da forma mais consoladora possível. Ela também contou sobre a experiência de ter buscado e conseguido participar de algumas sessões de psicoterapia quando do início da vacinação. Ela foi equivocadamente culpabilizada por um acompanhante de ter apenas simulado a aplicação do imunizante em um usuário que foi se vacinar. A acusação infundada da chamada “vacina de vento”⁴⁴ impactou sobremaneira a profissional, que procurou serviços para o cuidado de saúde mental após o episódio. As demais profissionais, o entanto, relataram que não conseguiram acesso a esse tipo de serviço durante o avançar da covid-19, embora precisassem.

Experiências exitosas no enfrentamento da sindemia foram relatadas por Vera, cuja UBS promoveu arrecadações e doações de cestas básicas para famílias em situação de insegurança alimentar e vulnerabilidade. Outras ações dos serviços da Atenção Básica voltadas para o cuidado durante o período “sindêmico” também foram relatadas pelas profissionais através dos questionários:

Em nossa Unidade o público Alvo é criança e adolescentes, porém por se tratar de um serviço de saúde mental a maioria dos sujeitos chegam ao serviço sempre acompanhados. E é percebido que uma pequena percentagem destes acompanhantes são idosos, que na maioria são avós destas crianças e adolescente. E durante a Pandemia atual do coronavírus, foi pensado ações no cuidado deste público, tendo em vista que se enquadraria no grupo de risco e pensado também que a criança e adolescente em seguir seu tratamento sem causar nenhum prejuízo. Como ações foram feitas ligações para essa família, reforçando a importância deste idoso neste momento

⁴⁴ Disponível em: <<https://jornal.usp.br/artigos/vacinas-de-vento/>>. Acesso em: 04 jun. 2022.

permanecer em isolamento; Consultas feitas através dos teleatendimentos; Médico prescrevia a medicação para o paciente, deixando impressa para que alguém da família pudessem retirar. Equipe multiprofissional fazendo articulação com as unidades de saúde ampliando o cuidado no paciente e na pessoa idosa responsável por este paciente (PROFISSIONALD3).

A senhora que compareceu a unidade foi acompanhada de sua filha (procura espontânea) para aferir a pressão arterial, que por sinal estava ótima. Está senhora ficou tão feliz, agradecendo a Deus depois de uns minutos ela parou e respirou e contou o motivo de sua alegria, nos 3 primeiros meses da pandemia se vendo sozinha isolada, não podia mais ir ao mercado, farmácia vendo filhos e netos de longe ou somente por telefone sua pressão arterial alterou muito sempre 18 /10. Ela resolveu escutar os filhos e as funcionárias da UBS e começou a dar voltas dentro de seu quintal, a fazer seus bordados, seus bolos, comidas e se desligou um pouco da TV os programas falando de covid de mortes não lhe faziam bem eu lhe dei os parabéns está senhora este mês vai fazer 85 anos (PROFISSIONALB10).

A Atenção Básica em Saúde é de importância primordial para a população idosa por ser o principal acesso aos cuidados no SUS, nas Redes de Atenção à Saúde um dos pilares para a garantia do direito fundamental à saúde – já que se fortalece nos saberes dos territórios e nos vínculos construídos. De modo a lidar com as consequências desencadeadas pela catástrofe da covid-19, algumas medidas podem ser adotadas ou intensificadas entre seus encargos, segundo os relatos dos profissionais participantes desta pesquisa e resultados de estudos científicos, tais como o cuidado integrado longitudinal a profissionais e famílias em processo de luto ou estafa, qualificação do monitoramento de DCNT e de famílias vulneráveis, articulação intersetorial para endereçar questões decorrentes do distanciamento social prolongado de pessoas idosas (violências domésticas, uso abusivo de álcool e outras drogas, transtornos mentais) (DIAS, et al., 2020; NABUCO; OLIVEIRA; AFONSO, 2020). São diversas as demandas que já se apresentam como improteláveis à Atenção Básica para a integralidade da assistência em meio à sindemia, e outras demandas ainda se assomarão com o cuidadoso estudo dos impactos da covid-19 na população.

Diante da tentativa de “fixar uma imagem do passado da maneira como ela se apresenta inesperadamente ao sujeito histórico, no momento do perigo” (BENJAMIN, 2012, p. 243), buscou-se reverberar as vozes das trabalhadoras, trabalhadores e pessoa idosa usuária do SUS para que sejam resistência frente aos desinvestimentos na saúde pública, à fragmentação do trabalho assistencial, à redução de direitos, ao etarismo e à precarização das condições de vida sistematizados pelas estruturas de poder das classes dominantes, de modo a “despertar no passado as centelhas da esperança” para atravessarmos a sindemia e zelarmos por nossos mortos – já que “tampouco os mortos estarão em segurança se o inimigo vencer. E esse inimigo não tem cessado de vencer” (BENJAMIN, 2012, p. 244).

3.3.2 Sobre o cuidado em saúde “a contrapelo” durante a pandemia

Tomando como referência os depoimentos das trabalhadoras da saúde e da pessoa idosa usuária do SUS, parece consensual uma definição sobre o cuidado nos serviços de saúde durante a pandemia: cumprimento dos protocolos sanitários para o enfrentamento da covid-19 – recomendações para o uso máscaras, orientações sobre higienização das mãos com frequência, manutenção do distanciamento físico, entre outros. Tal cuidado concebido como sinônimo de cautela, de precaução e de prevenção pode derivar dos documentos oficiais – notas técnicas, planos de ação, manuais – formulados por órgãos e instituições de saúde, que veicularam recomendações para os serviços que atendem pessoas idosas.

Valendo-nos, como exemplo, do manual de Recomendações para a Rede Básica Municipal de Saúde frente à pandemia de Coronavírus (COVID-19)⁴⁵, de 19 de março de 2020, elaborado pela Prefeitura do município de São Paulo, encontramos 23 recomendações técnicas para profissionais de diversos equipamentos, incluindo aqueles que atendem pessoas idosas, como URSI e PAI, abrangendo, ainda, os serviços híbridos (que associam ações de Saúde e Assistência social) como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Centros de Acolhida Especial para Idosos (CAEI) e Centros-dia do Idoso (CDI). Entre as orientações técnicas do Manual, encontramos aquelas voltadas para a atenção à pessoa idosa na recomendação N° 04, de 17 de março de 2020, de cujo texto destacamos as instruções para o monitoramento de pessoas idosas com doenças crônicas “para que permaneçam compensados”; orientações gerais a respeito da alimentação e higiene das pessoas idosas (no mínimo 3 refeições diárias, lavagem das mãos com água e sabonete líquido com frequência ou higienização com álcool 70%); a interdição do contato entre familiares/acompanhantes diagnosticados com covid-19 e as pessoas idosas; além de orientações direcionadas para profissionais de saúde de modo a restringir atividades de convívio social de grupos realizados e suspender suas reuniões.

Reconhecendo a relevância destas orientações, especialmente durante o início da disseminação da pandemia no município, é preciso dizer, ainda, sobre sua incoerência, dada a heterogeneidade das condições de vida da população idosa para seu cumprimento. Os cuidados – ou, antes, as precauções – ostensivamente reforçados nos documentos oficiais, tendo silenciado os marcadores das desigualdades socioeconômicas no país, acabam por incorrer na reprodução da lógica neoliberal de responsabilização individual pelo avanço da pandemia, além

45

Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RECOMENDAOES_PARA_A_REDE_BASICA_MUNICIPAL_DE_SAUDE.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2022.

de eximir o Estado de sua responsabilidade no cuidado e proteção daqueles cuja classe social, raça, etnia, gênero e idade lhes colocam em um lugar de vulnerabilidade e marginalização.

Pelos depoimentos aqui colhidos, sabemos de pessoas idosas em sofrimento e com dificuldades para cumprir medidas de isolamento social, outras sem condições de cumprirem o distanciamento em relação a familiares que vivem na mesma residência, bem como famílias precisando de auxílio para adquirirem cestas básicas. Como descrito anteriormente na caracterização socioeconômica e de saúde da amostra de pessoas idosas referenciadas nesta pesquisa, é evidente a distribuição geográfica de desigualdades históricas e estruturais nos territórios da cidade de São Paulo, com números alarmantes de pessoas idosas que habitam domicílios não adequados com abastecimento de água ou rede de esgoto insuficientes, ou que mantêm precárias condições de trabalho para manter seu sustento e de suas famílias, ou que vivem em situação de extrema pobreza e tiveram de se aglomerar em filas de bancos para obter um irrisório auxílio emergencial, ou nos transportes públicos superlotados, ou nas vielas estreitas das periferias.

Por certo a pandemia da covid-19 também potencializou as iniquidades a que já eram submetidas as pessoas idosas e as profissionais na atenção básica, como assinalam Scarcelli e Junqueira (2011, p. 342), aludindo a restrições de diversas ordens, como a

insuficiência nos quadros de pessoal, inexistência de equipes multiprofissionais, desvinculação entre a atenção básica e os demais serviços, como unidades de pronto-atendimento, ambulatórios de especialidade e a assistência de pronto-socorro e hospitalar, que também não se articulam entre si e que são operados oficiosamente de forma privatista.

A catástrofe sanitária desencadeou a indisponibilidade de leitos hospitalares, a falta de insumos (até mesmo de oxigênio, essencial para casos de síndrome respiratória aguda grave), de equipamentos, de profissionais. Pessoas idosas sem acesso a máscaras de proteção, a testagem em massa, sujeitas à subnotificação da doença, ou, ainda, pessoas idosas que, com sua morte, colocavam famílias inteiras na pobreza – uma vez que 18,6% dos domicílios brasileiros contam apenas com a renda das pessoas idosas, levando cerca de cinco milhões de pessoas a ficarem sem nenhuma renda ao perderem seu familiar mais velho (CAMARANO, 2020).

Além disso, vale ressaltar que, na “história oficial” da pandemia no cenário brasileiro, as recomendações e medidas sanitárias citadas anteriormente coexistiram com as contraditórias estratégias políticas de incitação ao contágio (“imunidade de rebanho”) e isolamento social exclusivo para os “grupos de risco”, de disseminação da falsa crença em medicações para tratamento precoce (“kit covid”), entre outras declarações e atos normativos do Governo

Federal (VENTURA.; REIS, 2021) sob o pretexto de se salvar vidas e a economia. “A contrapelo”, contudo, evidenciaram-se políticas excludentes, higienistas, autoritárias, de repressão e controle social e político da população, que não preservaram a vida, a economia ou a liberdade principalmente daqueles que já eram vítimas das desigualdades estruturais – os “vencidos” pelo genocídio pandêmico na ideologia do progresso capitalista. O depoimento de Ester, inclusive, traz duras e contundentes críticas às estratégias políticas conduzidas pelo Governo Federal, que reduzia a ruínas o trabalho erigido arduamente pelas profissionais de saúde.

Por outro lado, também testemunhamos a organização solidária da população, de coletivos e organizações que se articularam para mitigar os impactos da pandemia sobre as populações mais vulneráveis em todo o país. Como alguns exemplos das ações de combate à fome, houve a massiva doação de alimentos por parte da Central Única das Favelas (Cufa) e do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); atendimentos psicológicos emergenciais também foram ofertados a partir da organização voluntária de psicólogos e universidades para endereçar questões de saúde mental durante a pandemia⁴⁶; além da doação e instalação pela SABESP (Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo) de pias e de reservatórios d’água em comunidades carentes e áreas onde havia presença de pessoas em situação de rua (RIBEIRO; OLIVER, 2021).

Retomando a proposta de reflexão sobre o cuidado durante a pandemia, o sentido do termo investigado nesta tese diz respeito ao que, na área da saúde, é comumente denominado de “tecnologia leve”, termo empregado para se referir às práticas relacionais e de cuidado. Assim, as tecnologias na área da saúde são agrupadas em três categorias: 1) tecnologias duras são associadas a aspectos materiais concretos e burocráticos dos serviços (equipamentos, estruturas organizacionais); 2) tecnologias leves-duras correspondem a aspectos dos saberes estruturados no processo de saúde (incluindo saberes disciplinares) e 3) as tecnologias leves, por sua vez, representam a produção das relações, dos processos de comunicação e dos vínculos (MERHY, 1997). De modo a ilustrar a interrelação entre estas três categorias, o autor demonstra de forma crítica a centralidade do “trabalho vivo” (tecnologias leves) nas conformações tecnológicas através do seguinte exemplo das valises:

Acredito que o médico, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma, vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas

⁴⁶ Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/12/31/acoes-de-solidariedade-durante-pandemia-deixam-legado-de-esperanca-para-2021>>. Acesso em: 28 jun. 2022.

tecnológicas formada por "tecnologias duras"; outra, está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma outra, presente no espaço relacional trabalhador-usuário, que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato. Olhando estas valises e procurando entendê-las sob a ótica da micropolítica dos processos de trabalho, pode-se afirmar que todas expressam processos produtivos singulares implicados com certos tipos de produtos. Por exemplo, a valise das tecnologias duras permite processar, com os seus equipamentos, imagens, dados físicos, exames laboratoriais, entre outros. Porém, para serem realizados, além do trabalho morto da máquina, estes produtos consomem o trabalho vivo de seu "operador" com seus saberes tecnológicos. Mas, de tal modo que há uma captura predominante do momento vivo pela lógica produtiva instituída no equipamento (MERHY, 2000, 109).

Tecendo comentários sobre o ensaio das “valises tecnológicas” do autor, Ayres (2000, p. 118) traz importantes reflexões sobre as implicações da "transição tecnológica" em curso na saúde e críticas sobre “a pertinência de tratar ‘o espaço relacional trabalhador-usuário’ como tecnologia, ainda que adjetivada de tecnologia leve”. Contribuindo com as ponderações sobre as relações não neutras estabelecidas entre saúde e tecnologia, vale resgatar as contribuições de Marcuse (1999, p. 73) a esse respeito, sendo a tecnologia

[...] um modo de produção, como a totalidade dos instrumentos, dispositivos e invenções que caracterizam a era das máquinas, é assim, ao mesmo tempo, uma forma de organizar e perpetuar (ou modificar) as relações sociais, uma manifestação do pensamento e dos padrões de comportamento dominantes, e um instrumento de controle e dominação.

Nesse sentido, é imprescindível considerar os tensionamentos das “tecnologias leves” que podem promover autoritarismos (conhecimentos técnicos com fins de gerir aspectos da vida social) ou a emancipação (reconhecimento e abertura para a alteridade numa relação terapêutica). Adorno também promoveu críticas à técnica no mundo administrado e seus efeitos na formação dos indivíduos e, ao fazer referências ao processo da tecnificação que pode tornar o ser humano empedernido, é possível refletir, a partir do aforismo “Não bater à porta” do livro *Minima moralia* (1993), que podemos deixar de exercer o cuidado com o próprio ambiente quando, por exemplo, batemos uma porta:

A tecnificação torna, entretanto, precisos e rudes os gestos, e com isso os homens. Ela expulsa das maneiras toda hesitação, toda ponderação, toda civilidade, subordinando-as às exigências intransigentes e como que a-históricas das coisas. Desse modo, desaprende-se a fechar uma porta de maneira silenciosa, cuidadosa e, no entanto, firme. As portas dos carros e das geladeiras são para serem batidas, outras têm a tendência a fechar-se por si mesmas, incentivando naqueles que entram o mau costume de não olhar para trás, de ignorar o interior da casa que os acolhe. Não faz mais justiça ao novo tipo de homem, se não se tem consciência daquilo que está incessantemente exposto pelas coisas do mundo ao seu redor, até em suas mais secretas inervações. O que significa para o sujeito que não existam mais janelas que

se abram como asas, mas somente vidraças de correr para serem bruscamente impelidas? Que não existam mais trincos de portas, e sim maçanetas giratórias, que não existam mais vestíbulos, nem soleiras dando para a rua, nem muros ao redor do jardim? E qual motorista que já não foi tentado pela potência do motor de seu veículo a atropelar a piolhada da rua, pedestres, crianças e ciclistas? Nos movimentos que as máquinas exigem daqueles que delas se servem localizam-se já a violência, os espancamentos, a incessante progressão aos solavancos das brutalidades fascistas. No deprecimento da experiência, um fato possui uma considerável responsabilidade: que as coisas, sob a lei de sua pura funcionalidade, adquirem uma forma que restringe o trato delas a um mero manejo, sem tolerar um só excedente – seja em termos de liberdade de comportamento, seja de independência da coisa – que subsista como núcleo da experiência porque não é consumido pelo instante da ação. (ADORNO, 1993, p. 33)

Em concordância com as formas como Merhy (2000) alerta para processos de trabalho que podem corroborar a colonização das práticas de saúde numa lógica economicista e reificadora das pessoas, Ayres (2000) reflete sobre o resgate do “cuidado” relacional, do seu potencial subjetivador como redentor da presença propriamente humana nos modelos assistenciais, o que é essencial para a resistência ao seu controle pela racionalidade tecnológica subjugada à rentabilidade do capital como um valor em si mesmo:

Parece-me que a intersubjetividade viva do momento assistencial permite escapar a uma objetivação "dessubjetivadora" exatamente porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional, que extrapola o tecnológico. Apoia-se na tecnologia, mas não se subordina a ela, subverte-a. Estabelece-se a partir e em torno dos universais que ela carrega, mas cobra-lhe os limites. A co-presença "carnal" de um assistente e de um assistido põe inexoravelmente em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos (AYRES, 2000, P. 119).

Isto posto, é compreensível a equivalência estabelecida pelas depoentes Laura, Vera, Ester e Célia entre “cuidado” e “técnica”, sendo a técnica concebida como profissionalismo, cumprimento de protocolos e respeito (com a formalização e a objetivação do manejo biomédico). Célia, ainda, fez uma curiosa associação entre “vínculo” e “amizade”, relações que ela recrimina nos serviços de saúde por remeterem, em seu entendimento, às relações de favorecimento indevido aos usuários com quem se tem proximidade, privilegiando-se a abordagem de “dar um jeitinho” (para atendimento preferencial, por exemplo) em detrimento do profissionalismo. O que Célia considera como um espaço diferenciado para a atenção, para a escuta afetuosa do outro, é chamado por ela de “carinho”.

Vale assinalar que, a despeito da noção de cuidado ser equivalente ao cumprimento técnico de protocolos durante a pandemia, apenas uma pergunta provocadora – que promove

lampejos para a desassociação desta relação tão enraizada e para a percepção de semelhanças com o cuidado humanizado – aponta os caminhos do cuidado a que Laura, Vera, Ester e Celia aspiram: dialogicidade, escuta atenta, aproximação da alteridade, manutenção de vínculos, “carinho”. Um dos elementos apontados pelas depoentes como facilitador deste processo de cuidar, que necessita de tempo generoso, de espaço oportuno e de atitude favorável, é o suporte, reconhecimento e incentivo por parte das gerências dos serviços de saúde, bem como a harmonia e colaboração por parte das companheiras de equipe – foi Vera quem retratou uma inspiradora experiência de construção de vínculos entre uma equipe, formada durante a pandemia, por meio do compartilhar de sua humanidade e da produção de diferentes formas de engendrar cuidado. Uma das críticas trazidas pelas depoentes refere-se aos efeitos negativos das “privatizações” no SUS para os processos de vinculação profissional-usuário, quando as profissionais foram realocadas devido à mudança na gestão das suas unidades para as parcerias público-privadas pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS). O tema das “terceirizações”, que não entrará no escopo desta pesquisa, é explorado por estudos que apontam uma série de desvantagens desse processo, relacionadas à mercantilização da saúde, à alta rotatividade profissional, aos limites à inovação e criatividade por parte de profissionais, entre outros aspectos, e indicam suas vantagens relacionadas à agilidade e flexibilidade na contratação de pessoas (CEGATTI; CARNUT; MENDES, 2020).

Outro ponto relevante que tangencia o cuidado nos processos de trabalho das profissionais diz respeito às suas condições de trabalho. Acompanhamos os discursos oficiais da pandemia enaltecerem os heroicos trabalhadores de saúde, que cotidianamente se expuseram aos riscos para exercerem o cuidado humanizado – houve até mesmo moções de aplausos nas janelas para estes profissionais em diversos países. Narrando “a contrapelo” tal reconhecimento, as profissionais participantes deste estudo reiteraram a desvalorização de sua profissão, sentida frente à precarização e superexploração do seu trabalho, flexibilizando seus direitos, submetendo-as a longas jornadas de trabalho, à escassez de recursos (materiais e humanos), a diversos receios e inseguranças em decorrência da contaminação, podendo resultar no seu adoecimento. O cuidado humanizado, portanto, é impossibilitado pelas condições de trabalho desfavoráveis, já que, para se humanizarem, seria preciso às trabalhadoras se implicarem na alteridade.

O tema da humanização foi recorrente entre os relatos das depoentes, assim como é temática de interesse em diversos estudos e debates no campo da saúde nas últimas décadas. Nesta discussão, trazemos uma concepção sobre a questão de que

a ideia de humanização reclama como horizonte normativo os projetos de felicidade de indivíduos e comunidades, para que o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de saúde possam fugir tanto de um tecnicismo autonomizado, que se esquece das finalidades práticas a que efetivamente devem servir as ações de saúde, como a um humanismo que se descola dos potenciais tecnicamente abertos às respostas práticas concretamente desejadas por esses indivíduos e comunidades. É preciso, porém, assumir a noção de "projeto de felicidade" como uma construção de caráter "contrafático" (Habermas, 1990), isto é, como uma ideia ética e moralmente norteadora, mas construída com base na percepção do valor de determinadas concepções ou práticas a partir do momento, e na exata medida, em que estas são sugeridas, porque negadas, por alguma experiência concreta, historicamente dada. Ou seja, assumimos aqui que as aspirações por felicidade são percebidas como tal justamente porque foram vividas como uma possibilidade negada e, assim sendo, mostraram-se necessárias ou desejadas (AYRES, 2006, p. 51-52).

Importa que a humanização, portanto, não seja definida objetiva e universalmente, como um protocolo do paradigma biomédico, ou definida como uma utopia, desconsiderando as experiências, necessidades ou desejos de indivíduos e coletividades – o que justifica, inclusive, alguns estudiosos defenderem que a Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (PNH), desde sua criação, em 2003, deva se manter sem normativas na intenção de ser transversal às demais políticas de saúde.

Os formuladores da PNH ousaram não amarrá-la em demasia à gestão federal. Recusaram os modos hegemônicos de funcionamento das demais políticas de saúde e cientes dos riscos, almejavam uma [...] política que garantisse mais seu caráter experiencial do que se viabilizasse por prescrições e procedimentos. Logo dissemos: não queremos portaria que garanta a institucionalidade da política. Seu garante dar-se-ia pelas alianças, pelas tensas negociações de interesses, desejos, projetos, necessidades. Seu garante dar-se-ia num inevitável e permanente processo de construção (BENEVIDES, 2013; apud MARTINS, 2015, p. 51).

A construção do cuidado que se inscreve na experiência singular da humanização (ou da sua falta, sendo, portanto, uma referência norteadora), para além da invenção de novas relações entre profissionais e usuários, e para além das transformações na gestão do SUS, “trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se de uma proposta para a 'pólis'” (AYRES, 2006, p. 54). A premência da politização do cuidado, considerada a partir dos relatos das depoentes participantes desta pesquisa, perpassa, por exemplo, as situações narradas por Célia e Laura, quando profissionais e pessoas idosas poderiam atuar a potência de se sensibilizarem com suas próprias necessidades, limites e desejos frente às práticas de saúde desumanizadas, reclamando-os. Laura relatou casos em que presenciou o desrespeito de profissionais com a população idosa no Ambulatório onde trabalha, mas sua reação de não confrontar o desrespeito ao usuário em respeito à colega profissional demonstra o distanciamento entre o que pensa e como poderia intervir, o que lhe traz sofrimento. Célia, por sua vez, apesar de ter considerado

desrespeitoso o episódio em que esperou por duas horas para ser vacinada na UBS próxima de sua casa, ela desistiu de fazer uma reclamação na ouvidoria em respeito às profissionais de saúde do local. Pode-se supor que a identificação com sua categoria profissional supera, para ambas, a identificação com a pessoa idosa que necessita da garantia de seus direitos – o que nos leva à relevância da noção de *mimesis* para problematizar a sensibilidade de profissionais de saúde, como veremos adiante no tópico “educação pela velhice”.

É preciso politizar o cuidado de pessoas idosas na sociedade brasileira. É urgente ampliar políticas públicas para endereçar a crescente demanda por cuidados – em especial os cuidados de longa duração – oriunda do envelhecimento populacional. Embora uma maior fundamentação acerca da politização do cuidado escape ao escopo desta tese, reiteramos a importância de pautar uma Política Nacional de Cuidados, de problematizar o trabalho de reprodução social marcado por questões de gênero, classe e raça, de ampliar crítica e politicamente o entendimento sobre o cuidado para além do paradigma biomédico e de reivindicar suas possibilidades não realizadas. Tais questões se relacionam com a problematização sobre as concepções e atitudes de que profissionais dispõem em relação à velhice, bem como sobre os espaços de formação desses profissionais, aspectos que serão abordados nos tópicos que se seguem.

3.3.3 Concepções sobre as velhices e o empobrecimento da experiência

As formas de se conceber as velhices em uma sociedade são balizadoras de quaisquer (in)ações que possibilitarão, ou não, a proteção, a inclusão, o cuidado ou a qualidade das relações a serem estabelecidas com as pessoas idosas (BRUNO, 2003). Há décadas, as concepções homogeneizadoras e estigmatizantes das velhices são objetos de estudos e críticas por parte de pesquisadores de variados campos do conhecimento, e embora tenhamos avançado nos marcos legais e regulatórios voltados às pessoas idosas, pouco avançamos enquanto sociedade no que diz respeito às concepções das velhices no imaginário social.

Como já apontado anteriormente neste estudo, o perfil da população idosa usuária do SUS durante a pandemia, conforme descrito pela amostra de profissionais participantes da pesquisa, é composto por pessoas com comorbidades (com duas ou mais doenças crônicas), com baixa escolaridade, em situação de pobreza, negligência familiar e insegurança alimentar. Nesse contexto, parece natural para os profissionais conformarem a imagem de uma pessoa

idosa – menos por adesão aos estereótipos do que por convicções advindas de suas vivências – como um sujeito doente, dependente, incapaz e solitário.

Célia, em seu depoimento, frequentemente se ancorava em seu papel como profissional (agora aposentada) para compartilhar suas experiências, e em dado momento, quando questionada se se considerava idosa, ela disse:

Sim, já caí na real. Depois dos 60 já é considerado idoso, mas graças a Deus problema de saúde, assim, não tenho nada. Não tomo remédio pra nada. Mas a gente tem que entender que já é idosa e cair na real. Como dizem, se pôr no lugar da gente (CÉLIA).

O lugar da pessoa idosa, para Célia, é aquele em que se tem doenças, em que se toma remédios, em que se está à margem – e nada disso compete à Célia, que não se sente idosa por estar saudável, com viagem marcada e projetos de vida na mala. Sua fala reforça a sua diferenciação com o modelo de velhice imaginada que sustenta. Esta mesma concepção apareceu em um dos questionários respondidos por um profissional de saúde, retratando a compreensão de que envelhecer é, necessariamente, desenvolver problemas de saúde:

Meu envelhecer já começou, após os 30 anos notei como o tempo passa rápido e como aparece problemas de saúde. Espero envelhecer com saúde e direitos garantidos (PROFISSIONALB1).

Nessa perspectiva, buscar envelhecer com saúde torna-se uma contradição, uma vez que a percepção que se tem da velhice é que esta seria, fatalmente, o reduto dos problemas de saúde. Faz-se necessário recuperar o movimento de construção de tal associação entre velhice e doença, que entende como natural algo que é historicamente estabelecido, e que foi abordado na introdução deste estudo.

A noção de velhice como etapa diferenciada da vida surgiu no período de transição entre os séculos XIX e XX. Uma série de mudanças específicas e a convergência de diferentes discursos acabaram reordenando o curso da vida e gerando condições para o surgimento da velhice. Dois fatores se destacam como fundamentais e determinantes: a formação de novos saberes médicos que investiam sobre o corpo envelhecido e a institucionalização das aposentadorias. [...] Desde o seu surgimento, a metáfora médica da velhice passou a exercer acentuada influência social, definindo não somente o envelhecimento físico como também as representações sobre a experiência de envelhecer. A aceitação e a justificação de tal metáfora incidiram sobre a percepção dos sujeitos, que passaram a recorrer ao discurso médico para definir a si mesmos e a sua experiência. De fato, a definição médica da velhice disseminou-se para outros campos de saber e determinou amplamente o seu espectro no imaginário cultural, alimentando os discursos do Estado, a formulação de políticas assistenciais e a formação de outras disciplinas como a gerontologia. (SILVA, 2008, p. 158-159).

Com a primazia do estatuto biológico a que é reduzido o corpo velho, ao mesmo tempo em que se estabelecem parâmetros para referendar o processo de degeneração física e restringir o corpo à contingência funcional, também são retirados deste corpo os atributos social e culturalmente valorizados como a juventude, a capacidade produtiva, a satisfação pessoal, o engajamento em atividades de lazer e consumo. E como essa construção é sujeita a modificações discursivas no tempo e no espaço, Silva (2008) aponta os novos interesses econômicos e da cultura do consumo, a convergência de discursos políticos e os saberes especializados da gerontologia como fatores para o surgimento de uma nova categoria identitária, a qual contrapõe a metáfora médica elaborada pelos saberes geriátricos. A “terceira idade”, portanto, desponta em substituição à imagem e aos termos de tratamento da velhice e do velho, criando uma nova identidade para aqueles que não se identificam com o adoecimento, a quietude e a inatividade nas idades avançadas. Debert (2012, p. 35) ressalta que o estabelecimento de tal padrão de envelhecimento bem sucedido acaba por reprivatizar a velhice, responsabilizando o sujeito pelo sucesso ou fracasso do seu empreendimento de envelhecer, pois

[...] se alguém não é ativo, não está envolvido em programas de rejuvenescimento, se vive a velhice no isolamento e na doença é porque não teve o comportamento adequado ao longo da vida, recusou a adoção de formas de consumo e estilos de vida adequados e, portanto, não merece nenhum tipo de solidariedade.

Nos serviços de saúde, há relatos da falta de solidariedade às velhices estigmatizadas, como compartilhado pela profissional participante da pesquisa ao responder o questionário: *“Observei que nem todos os meus colegas gosta de atender idoso se desfaz da pessoa atende mal e as vezes solta algumas piadinhas”*. Os relatos de “falta de paciência” no tratamento às pessoas idosas também foram recorrentes nos questionários e nas falas das depoentes, especialmente com a chegada da pandemia. O uso de um linguajar infantilizado, com tom demasiado complacente, foi mencionado por Laura como algo a ser trabalhado. Estas manifestações do etarismo institucional, através dos estereótipos, preconceitos e práticas discriminatórias relacionadas à idade dentro dos serviços de saúde, estão relacionadas à diminuição do acesso à assistência em saúde e são fenômenos ainda pouco investigados (WHO, 2021).

Estes repertórios restritos e preconceituosos nas relações de troca entre profissionais e pessoas idosas podem estar associados ao empobrecimento da experiência no meio sociocultural contemporâneo. Suscitamos algumas reflexões sobre a pobreza do imaginário social a respeito das velhices a partir do arcabouço teórico de Walter Benjamin acerca do empobrecimento da experiência.

Benjamin (2012) assinalou o empobrecimento da experiência quando do desenvolvimento da técnica no mundo administrado, sendo a experiência subjugada à racionalidade produtiva que se sobrepõe à humanidade na modernidade. A arte de narrar – uma forma artesanal de comunicar os saberes vindos de longe, tanto espacialmente, oriundos das terras estrangeiras, quanto temporalmente, oriundos da tradição – foi preterida com o desenvolvimento do romance (alheio à tradição oral) e da informação jornalística de imprensa (fatos impregnados de explicações e esvaziados de sentido) no capitalismo. Nesse sentido, a faculdade de intercambiar experiências – promotora do elo intergeracional – encontra-se em vias de extinção.

A constituição de experiências pode ser sustentada pela percepção e produção de semelhanças e do exercício da faculdade mimética, articulando mundos pela contiguidade das relações, uma vez que

Os processos miméticos envolvem a capacidade de sair de si, perder-se no outro (seja esse outro uma situação, pessoa, lugar, objeto ou palavra), esvaziar-se de si e tornar-se outro, e retornar a si de modo transformado pela experiência de ser outro. Cabe bem aqui o neologismo outrar-se. Em outra direção, as semelhanças permitem tornar o mundo externo familiar, investindo-o de ideias, sentimentos e ações com potencial transformador. Tornar familiar pode ser um mecanismo eficaz de aplacar a angústia diante do desconhecido. Pode também servir à finalidade do conhecimento. É o movimento de mundos que se engendram. A percepção de semelhanças inaugura o vislumbrar de novas possibilidades de relação entre mundos, e é sempre percepção de outro (SEKKEL, 2016, p. 92).

Nesse sentido, a transformação das relações mediadas pelos estereótipos, que impossibilitam as experiências no contato com as pessoas idosas, perpassa a oportunidade e a capacidade de produzir semelhanças com o sujeito que envelhece. Dessa forma, no momento assistencial em que se estabelece a relação entre profissional de saúde e o usuário do serviço, os processos miméticos podem oportunizar o encontro entre narrativas – no lugar onde apenas se buscavam informações – e a produção de semelhanças – onde se reforçavam somente as diferenciações com as velhices imaginadas – para novas construções de experiências.

Vale lembrar que “confiança e relaxamento são os ingredientes necessários à entrega ao momento presente em que a trama das semelhanças se constitui e sustenta o ser” (SEKKEL, 2016, p. 89), reiterando a necessidade das condições materiais proporcionadas pelas gestões dos equipamentos de saúde para que as experiências se consubstanciem, bem como a importância de investimentos para a educação emancipatória de profissionais, conferindo dignidade aos cuidados prestados à população idosa. Uma proposta de “educação pela velhice” para combater o etarismo e promover experiências de cuidado, portanto, será descrita a seguir.

3.3.4 Educação pela velhice

Assim como Sekkel (2018) apresenta uma articulação entre Theodor Adorno, Paulo Freire e Walter Benjamin para pensar experiências de educação emancipatória no contexto da educação infantil – apontando os elementos relevantes para a formação humana, o potencial de transformação da sociedade e a simultaneidade da educação de educandos e educadores – cabe reverberar o diálogo entre estes autores na construção de espaços educativos viáveis para a dialogicidade, para a autonomia e para a capacidade de imaginar e agir coletivamente para a criação de outros mundos possíveis.

Como será descrito mais adiante, Benjamin (2012) e seu olhar sobre a capacidade humana suprema de reconhecimento e produção de semelhanças através da faculdade mimética, indica caminhos para que as experiências se constituam e se enriqueçam, uma vez que “a experiência repousaria sobre o dom de produzir e perceber semelhanças: um dom que sofreu profundas modificações ao longo da história da espécie humana” (TIEDEMANN, 2009, apud SEKKEL, 2018, p. 27-28). Para tanto, é necessário tempo e espaço que se alargam para a constituição de experiências, numa abertura para a distensão e para a singularidade do momento oportuno, *Kairós*, que resiste às limitações do tempo cronológico do mundo administrado: “se o sono é o ponto mais alto da distensão física, o tédio é o ponto mais alto da distensão psíquica. O tédio é o pássaro onírico que choca os ovos da experiência” (BENJAMIN, 2012, p. 221).

Na mesma direção, Adorno (1995 p. 151) afirma que “a educação para a experiência é idêntica à educação para a emancipação”. E, nesse sentido, a aptidão para as experiências passa pela conscientização para a emancipação e dissolução dos mecanismos de repressão do que é diferenciado. Em “Educação – para quê?” o autor defende uma educação que não seja mera transmissão de conhecimentos, mas que produza uma consciência verdadeira, cujo comprometimento político não pode se desviar de tornar evidente a relação dialética entre, de um lado, educar para a adaptação que conduz ao mero ajustamento uniformizador, ou, de outro, que conduz à consciência da individualidade e da diferenciação, impulsionando a resistência.

Na trilha de uma educação que valoriza “o saber de experiências feito” (FREIRE, 2019, p. 232), que rompe com a “educação bancária” de transferência de saberes e que é elaborada pelas pessoas oprimidas da sociedade, o educador Paulo Freire traz importantes propostas para uma pedagogia emancipatória. Através da problematização que pretende a tomada de consciência de indivíduos em suas relações com o mundo, a educação como prática da liberdade se funda na dialogicidade e implica o constante desvelamento da realidade (FREIRE, 2019).

Ainda que existam distinções entre as concepções de experiência para os autores, a centralidade de uma relação de aprendizagem em torno da realidade das pessoas, fundada num processo dialógico e artesanal de compartilhar ensinamentos e aprendizagens, é fundamental para que os indivíduos possam seguir refletindo e transformando a si e ao mundo. Nesse sentido, uma das formas para promover o cuidado integral às velhices nos serviços de saúde é através do processo de educação permanente de profissionais, caracterizado nesta pesquisa como um ato político, não neutro e que, por seu caráter emancipador, torna-se alvo de disputas na lógica de mercantilização e precarização da saúde pública. As vozes de todas as depoentes concordaram, em uníssono, com o caráter imprescindível e transformador de intervenções educativas para formar profissionais no trabalho com pessoas idosas.

No cenário do cuidado nos serviços públicos de saúde da cidade de São Paulo, descrito pelas profissionais depoentes, há a prevalência de uma racionalidade que desconhece as alterações biopsicossociais do processo de senescência e as especificidades da senilidade (processo de envelhecimento associado a quadros patológicos) – como apontado por Laura e Ester ao dizerem das pessoas idosas com dificuldades para ouvir ou ler, – além dos “discursos tateantes, suas pausas, suas franjas com fios perdidos quase irreparáveis” (BOSI, 2003, p. 65) que revelam o não dito da própria experiências das profissionais que, por vezes, consideram pessoas idosas como importunadoras, incapazes, indignas de respeito e de participação. Ester compartilha que profissionais, exaustos, adotam formas impessoais, irrefletidas e desrespeitosas de se relacionarem com usuários; Célia alerta para o desaparecimento do cuidado em razão do trabalho se resumir à necessidade de remuneração; enquanto Vera assinala que um contexto de concepções preconceituosas em relação à velhice leva profissionais a normalizarem o que não é normal. Após a derrocada da crise pandêmica, todas as depoentes relataram que as habilidades relacionais, socioemocionais comunicativas de profissionais de saúde para com pessoas idosas, que já tinham limitações anteriormente, foram ainda mais prejudicadas devido à exaustão decorrente da exploração de seu trabalho.

Segundo Crochík (2010), numa sociedade em que há primazia da forma desvinculada do conteúdo que deveria lhe ser correspondente – em âmbitos educacionais, sociais e políticos – a formação dos indivíduos está suscetível a limitações na esfera da identificação e do seu desenvolvimento, o que pode torná-los propensos à negação dos afetos (frieza), à falta de percepção sobre conflitos, injustiças sociais e contradições, e a um pensamento restringido à adaptação:

Se a formação pode ser definida pela interiorização da cultura (Adorno, 1959/2004), e se essa última tem como uma de suas fortes tendências atuais se expressar como mercadoria, ambas – a formação e a cultura – perderam a sua relativa autonomia. A formação do indivíduo por meio dessa perspectiva cultural – redução da cultura a mercadoria – seria propícia não ao desenvolvimento de uma interioridade, mas à contínua exteriorização ou projeção, posto que a identificação forjada com as imagens da publicidade que não se distinguem mais das mercadorias é, no capitalismo, voltada à reprodução do capital: ou como reprodução da força do trabalho ou como ampliação do lucro, e não objetiva que o indivíduo se torne diferente do que já é. Se a indústria cultural visa, de acordo com Horkheimer e Adorno (1947/1985), a conformação do indivíduo com o existente e com isso a reprodução da sociedade atual, a formação desse indivíduo deve ser limitada na percepção, na cognição e na sensibilidade (CROCHÍK, 2010, p. 33-34).

Enquanto a lógica vigente nos serviços de saúde restringe ou conforma a sensibilidade de profissionais para a identificação com o diferente, convertendo-a em frieza; reduz a percepção do trabalho de profissionais às formas das metas a serem cumpridas ou do salário a ser recebido; subjuga os pensamentos e intervenções ao cumprimento de protocolos e à estereotipização dos usuários; uma proposta de educação emancipatória pode se anunciar como fortalecedora da potência e da resistência de profissionais frente à reprodução do modelo opressivo vigente. Contrapondo desde a presumida neutralidade do saber científico que reduz a velhice a dimensões biomédicas, a suposta imparcialidade do profissional que indiferencia usuários, até os interditos da linguagem empobrecidos de experiências compartilháveis acerca da relação de cuidado com as pessoas idosas, pode-se emancipar os indivíduos através de uma educação crítica para a diferenciação e transformação da cultura do envelhecimento, pois “somente indivíduos formados pela cultura que possam criticá-la para que se modifique permitem a essa última continuamente se diferenciar” (CROCHÍK, 2010, p. 43).

Um processo de educação “pela” velhice inaugura uma proposta de formação “a contrapelo” dos currículos formais, nos quais se educa “sobre” a velhice, ou, ainda, “para” a velhice. De modo a colocar no centro do processo educativo a experiência do longeviver, faz-se necessário resgatar a faculdade mimética de perceber e produzir semelhanças com relação às velhices, com vistas a promover o exercício da alteridade, a combater os preconceitos e a produzir de sentidos. A importância da *mimesis* é ressaltada por Walter Benjamin no ensaio “A doutrina das semelhanças”, em que descreve a decrepitude ou transformação da faculdade mimética de outrora, em semelhança ao declínio da experiência que denuncia em suas obras.

O dom de ver semelhanças, do qual dispomos, nada mais é que um fraco resíduo da violenta compulsão, a que estava sujeito o homem, de tornar-se semelhante e de agir segundo a semelhança. E a faculdade extinta de tornar-se semelhante ia muito além do estreito universo em que hoje podemos ainda ver as semelhanças (BENJAMIN, 2012, p. 122).

Não se limitando à lógica da imitação ou da equivalência, o processo mimético é caracterizado por engendrar semelhanças e possibilitar uma aproximação com a alteridade. Segundo Benjamin (2012), a percepção de semelhanças está ligada a um momento temporal que ilumina, a um relampejar, que, por seu caráter fugidio, efêmero e oportuno, não pode ser transmitido ou controlado. As profissionais participantes deste estudo relataram, em seus depoimentos orais e através dos questionários, alguns indícios do relampejar da percepção do semelhante: quando fulgura a imagem de um familiar idoso num atendimento ao usuário (como pontuado por Laura), quando se percebe “naquele momento que estava diante de um homem inteligente e instruído” (como compartilhado pela PROFISSIONALB8 sobre o senhor com transtorno de acumulação), ou quando lampeja um sujeito histórico que faz parte de seu próprio grupo social na figura de uma pessoa idosa (como Vera foi iluminada ao se questionar “e se fosse eu?”). A “educação pela velhice”, por se fundar na lógica da semelhança, precisa ser experienciada, não ensinada. Por meio do fomento ao contato intergeracional, da promoção de reflexões críticas e debates a respeito de projetos de vida, de políticas de cuidado e da própria experiência diferenciada de envelhecer – que se dá ao longo de toda a vida –, pode-se criar novas gramáticas e novos lugares para as diversas velhices.

Isto posto, a partir da promoção de um espaço dialógico, artesanal e instigador da capacidade de perceber semelhanças para a constituição de experiências, Ester descreve uma educação atravessada pela experiência quando diz que o curso de educação permanente foi um “divisor de águas” muito importante para o seu crescimento, pois oportunizou a transformação do seu olhar sobre sua atuação na farmácia para além da medicação – superando o “bancarismo” de orientar “pacientes” e adotando uma postura dialógica de “saber com” os idosos. Vera também descreve uma educação emancipadora ao contar sobre a transformação de suas convicções arraigadas, e que eram opressoras com relação às velhices, a partir das reflexões críticas desenvolvidas. Laura demonstra a importância de uma educação humanizada pela potência para agir de forma diferente dos demais profissionais, em ambientes de condutas de frieza cristalizadas, sendo capaz de continuamente refletir sobre suas atitudes e suas ações de cuidado.

Perceber e produzir semelhanças em relação à velhice possibilita, ainda, a identificação com o sujeito que envelhece e a transformação da relação mimética com o processo de envelhecimento. Portanto, um processo de “educação pela velhice”, isto é, de educar-se através da própria experiência de envelhecer e da produção de semelhanças a partir da sua velhice em devir, pode proporcionar a emancipação do objeto do preconceito (não mais pré-determinando

o que é a velhice), bem como emancipar o próprio sujeito que envelhece (libertando o seu vir a ser velho).

Por tudo isso, o declínio da experiência imposto pela pandemia de covid-19, limitando a sensibilidade, a percepção e a capacidade reflexiva dos sujeitos e levando à barbárie de naturalizar mais de 670 mil mortes pela doença no Brasil, faz-nos traçar um paralelo com a afirmativa de Adorno (1995) de que o imperativo de que Auschwitz não se repita é a exigência que deve nortear a educação – e a nós resta o imperativo de que a ausência de educação que tivemos para lidar com a pandemia não se repita quando outras pandemias, por ventura, vierem a acontecer. A educação deve conduzir à resistência contra a barbárie para o fortalecimento de ações de educação emancipatória, por intermédio de ações políticas que reivindiquem financiamento governamental para a formação e para a viabilização de práticas humanizadoras de prestadores de serviços na área da saúde. A partir da construção de um novo processo de educação que oportuniza o fulgurar de semelhanças e a identificação com as velhices que utilizam o SUS, profissionais podem retomar os sentidos dos afetos e das críticas às opressões, aos preconceitos e à heteronomia nos equipamentos de saúde, com vistas à organização coletiva para promover a diferenciação, a pluralidade e a transformação do sistema.

3.4 Velhices sobre tela: experiências de uma pesquisadora do longeviver em meio à pandemia

Como último fragmento para a composição do mosaico de sentidos acerca das velhices na pandemia, parece ser válido compartilhar, ainda que brevemente, a minha experiência nesse percurso de educação emancipatória para a problematização da realidade das velhices, inserida na experiência de escrita de uma tese, inserida no inexorável contexto da pandemia. Com efeito, considero-me enquanto parte do sujeito de minha análise – as velhices – na medida em que fulguram um sem-número de semelhanças que me aproximam e me identificam com o processo vital que me faz velha em devir. Contudo, não posso, sequer me proponho, falar pelas vozes de pessoas idosas, cuja participação e considerações são imprescindíveis para a construção de uma sociedade inclusiva para todas as idades. Assim, não me coloco em uma posição de externalidade, tampouco superioridade, para contar das experiências de aprendizado sobre as velhices durante a catástrofe sanitária.

Parto, inicialmente, de minha experiência como professora de um curso de educação permanente para profissionais do SUS na modalidade remota. Experiência esta que, na verdade,

remete ao ano de 2015, quando tive a fortunada oportunidade de conhecer a Escola Municipal de Saúde por meio da docência, e que me proporcionou uma condição de aprendiz determinante para que eu me (re)conhecesse como uma nova profissional. Fui apresentada, por profissionais brilhantes e comprometidas ética e politicamente com a educação em saúde, à metodologia problematizadora no universo da educação permanente de profissionais do SUS. Nessa gigante escola formadora, participei da construção de intervenções repletas de sentido em territórios vulneráveis e potentes, rompi a fronteira entre a academia e a periferia, experienciei o acolhimento como elemento conciliador entre a poesia e a impotência que atravessam o cotidiano de profissionais de saúde extraordinárias.

No ano de 2020, tive a honra de participar de um delineamento inédito do Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana, da Escola Municipal de Saúde, vigente no município de São Paulo desde 2013, e que, de forma inaugural, abarcou a velhice enquanto objeto da práxis da saúde mental. Confesso que, embora não contemple uma carga horária extensa o suficiente para tratar de temas tão complexos, o curso de Especialização Técnica de Nível Médio em Saúde Mental contou com a liberdade curricular para propiciar uma “educação pela velhice” para profissionais de saúde de todas as regiões do município.

O primeiro desafio como professora da educação permanente, indubitavelmente, veio da condição expressa nas palavras “ensino remoto”: câmeras fechadas e o vazio; câmeras abertas e as vidas escancaradas na tela, as crianças e os animais de estimação que se fizeram conhecer, as rotinas e as necessidades domésticas se apresentando com seus atravessamentos; microfones fechados e o hiato; microfones abertos e o diálogo encontrando novas formas de se efetivar. Acolher esse paradoxal distanciamento, que também propiciou modos particulares de proximidade, foi fundamental para o cuidado que considera a dimensão do sujeito antes da necessidade de dar seguimento a protocolos – no caso, ementas e cronogramas.

Uma experiência me atravessou de modo particularmente marcante pelo processo mimético “acendido” durante uma aula, numa certa turma, num dado momento enquanto discutíamos o etarismo. Na ocasião, uma aluna/profissional – que até então não havia aberto seu microfone e participado do debate – irrompe com um desabafo de frustração, dizendo que essa forma de preconceito etário é a que ela vê menos possibilidade de ser transformado num futuro próximo, porque é o mais difícil de ser percebido entre todos os outros preconceitos devido à sua naturalização. Ela completa dizendo que observa que o campo da saúde mental teve muitos avanços nas últimas décadas, e que estamos muito mais conscientes sobre o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), por exemplo, atestando que estamos caminhando aos poucos no respeito e no reconhecimento de direitos dessas populações. Mas a velhice, segundo

ela, está num lugar imutável, intocado. O tom de indignação em sua voz, dizendo sobre o quão arraigado e pouco combatido é o preconceito com pessoas idosas em nossa sociedade, foi um lampejo que me remeteu à primeira vez em que eu tive essa mesma “iluminação”, durante minha trajetória no mestrado em Gerontologia. O que é paradoxal nesta experiência, para mim, é que mesmo que eu concorde e compartilhe da mesma frustração daquela profissional, apenas o fato de ter sido compartilhado por ela esse entendimento e essa preocupação sobre o etarismo – ora demonstrando ter sido percebido e contestado por ela – já me faz sentir uma centelha de esperança de que nós duas possamos estar enganadas a esse respeito...

Nossas vivências durante a pandemia foram pano de fundo para todas as trocas e discussões a respeito das velhices, de modo a mantermos em perspectiva a historicidade e a politização do cuidado para com as pessoas idosas. Como minha atuação também não é neutra, eu admoestava e propunha exercícios de afastamento das concepções naturalizadas que temos sobre o processo de envelhecer. Presenciei a beleza das transformações das falas, das argumentações e discussões se estendendo e ampliando, da ressignificação de espaços e contornos para a (própria) velhice, bem como o acolhimento das contradições no tratamento do tema. Muito afeto, prosa, poesia e compromisso – sobre e para além da tela.

O segundo aspecto que compartilho de minhas experiências refere-se à condição de ser pesquisadora sobre as velhices durante a pandemia de covid-19. Não bastassem as dificuldades inerentes a trabalhar com pesquisa no atual cenário de desvalorização da ciência e precarização da carreira acadêmica, em uma área do conhecimento não considerada “estratégica” pelo Governo e desenvolvendo um tema preterido no meio acadêmico como a própria velhice o é na sociedade, a tarefa de produzir em meio a um cenário pandêmico – sobre um cenário pandêmico – envolveu uma custosa carga afetiva. Reconheço as dificuldades, sofrimentos e aversões que em momentos encontrei para pesquisar e produzir sobre o tema da covid-19, e também faço elogio, em grande medida, à importância do trabalho esquecimento que Benjamin descreve em “A imagem de Proust”, em que “a rememoração é a trama e o esquecimento a urdidura” (2012, p. 38).

Entretanto, meu maior pesar enquanto pesquisadora foi a restrição da participação de pessoas idosas depoentes. Como mencionei anteriormente, as limitações impostas pela pandemia, as particularidades dos serviços de saúde passando por transformações e a dificuldade em encontrar pessoas idosas que tivessem condições para aceitarem participar de uma pesquisa de forma remota foram empecilhos no contato com as velhices. Mesmo me utilizando de subterfúgios – prorrogação de prazos, redesenho do percurso metodológico – esperando colher depoimentos presencialmente, o avançar imprevisível e implacável da

pandemia foi determinante para que a “tela” se tornasse mediadora desta pesquisa. Vale ressaltar, porém, que as entrevistas em ambiente virtual superaram, em muito, as expectativas de uma pesquisadora entusiasta do “presencial”, e a insuspeitada proximidade proporcionada pelas telas promoveu profícuos e calorosos encontros.

Por fim, o último aspecto que deixo registrado diz respeito à minha experiência como parte da espécie humana no atravessamento da pandemia. Na verdade, não há muito a ser dividido, pois sinto faltarem experiências compartilháveis desse período. Perdi pessoas das quais não pude me despedir. Perdi anos sem abraçar quem mais amava. Passei por mudanças significativas de ordem pessoal. Enquanto psicóloga, ofereci atendimentos gratuitos para pessoas em sofrimento. Ainda não me foi possível o distanciamento temporal necessário para a apropriação das vivências desses tempos estéreis, tampouco para qualquer compreensão do que foi vivido, individual e coletivamente.

Cabe, no entanto, dizer sobre um lampejo que me arrebatou no início da pandemia e que, de tão intenso, pediu para ganhar contornos em palavras e eu, ao tocá-las, dei-lhes a forma de crônica⁴⁷. Aconteceu enquanto soava no noticiário uma nova atualização sobre o crescente e estarrecedor número de vítimas da covid-19. Já não me recordo da marca numérica então ultrapassada. Naquele instante, uma memória de tempos da minha infância me interpelou com dois elementos, concomitantemente. O primeiro elemento: o soar dos sinos da velha igreja da minha cidadezinha natal, no interior das Minas Gerais. Desde o controle do tempo cronológico até as grandes enunciações da cidadezinha – incluindo as notas de falecimento –, toda e qualquer atividade do cotidiano entrava em suspensão em respeito ao que se anunciava na sacra torre, e que baixava catedraticamente sobre os ouvidos – sempre atentos para os sinos. O segundo elemento: as palavras do escritor Ernest Hemingway (1940) na obra “Por quem os sinos dobram”, ao referenciar o poeta inglês John Mayra Donne, do século XVII – palavras que, certa feita, analisamos na escola:

Nenhum homem é uma ilha, completa em si mesma; todo homem é um pedaço do continente, uma parte do todo. Se um torrão de terra for levado pelo mar, a Europa fica menor, como se fosse um promontório, como se fosse o solar de um amigo teu, ou o teu próprio; a morte de qualquer homem diminui a mim, porque na humanidade me encontro envolvido, e por isso, não perguntes por quem os sinos dobram; eles dobram por ti⁴⁸.

⁴⁷ Gonçalves, P. L. Crônica da vida “corônica”: Reflexões sobre velhices, morte e necropolítica em tempos de pandemia. Revista Longeviver, n. 7, ano 2, p. 35-39, 2020. Disponível em: <<https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/issue/view/76/showToc>>. Acesso em: 04 fev. 2022.

⁴⁸ Hemingway, E. Por quem os sinos dobram? (1ª edição 1940)

A primeira lição de humanidade de minha infância era inequívoca: eu e a cidadezinha parávamos para ouvir cada anúncio de morte pelo dobrar dos sinos da igreja como uma morte de nós mesmas. A inequívoca lição de humanidade de minha infância, no entanto, fulgurou no presente pandêmico como um taciturno presságio: apesar dos ruídos dos noticiários, os sinos silenciados pelo atual modelo político e econômico não convocariam a nenhuma suspensão do cotidiano, ou emitiriam qualquer chamado à humanidade daqueles que “morremos”. Em silêncio, morremos demasiadamente.

4. Sobre Velhices e Psicologia

Frente ao reconhecimento da importância das concepções sobre as velhices para a compreensão das atitudes, discursos e ações relacionadas às pessoas idosas em nossa sociedade, parece essencial apresentar as aproximações históricas da Psicologia em relação ao sujeito-objeto velhice. A Psicologia figurou entre as primeiras disciplinas a se dedicar à sistematização dos estudos sobre o processo de envelhecimento e velhice e, portanto, é com o intuito de contribuir para discussões teóricas e éticas acerca das velhices enquanto objetos de investigação da Psicologia que procuro traçar um percurso histórico dos estudos sobre o tema no Brasil.

Desta forma, a presente investigação teórica versa sobre a história da aproximação entre Psicologia e Gerontologia no Brasil, considerando os levantamentos bibliográficos realizados por autores brasileiros e as instituições pioneiras nos estudos e atuações junto à velhice e ao envelhecimento. Ademais, faz-se uma discussão sobre as razões de natureza social, científica e política que produziram a grande expansão do conhecimento sobre a velhice e seu movimento histórico. Por fim, faz-se necessário apresentar algumas considerações sobre a constituição da produção científica brasileira neste campo de pesquisa e intervenção.

4.1 As velhices enquanto objetos da Psicologia no Brasil: um percurso histórico

Um importante feito científico do século XX foi a emergência e a consolidação do estudo do envelhecimento, estabelecendo a Gerontologia como área interdisciplinar de teorização, intervenção e pesquisa sobre a velhice e o envelhecimento (BALTES, 1995). Embora o interesse pela velhice seja antigo, a pesquisa sistemática sobre o tema é recente, remontando aos anos 1950.

Os saberes psicológicos que presidiram a instituição de uma psicologia do envelhecimento no Brasil foram gerados no bojo do processo de envelhecimento populacional que ocorreu na Europa e nos Estados Unidos no século XIX. Tais saberes foram adotados de maneira indiscriminada no cenário científico nacional, e seus principais aspectos merecem ser aqui abordados para a melhor compreensão da construção histórica desse campo de estudos no Brasil.

Neri (1995) assinala alguns marcos iniciais importantes para a constituição da Psicologia do Envelhecimento, como a obra “*Sur l'homme et le développement de ses facultés*” de Quetelet (1796-1874), publicada no ano de 1835, que investigou transformações na

moralidade e na inteligência decorrentes do envelhecimento, entre outros estudos etários, além de elaborar o conceito de “homem médio” e influenciar os estudos que fundariam a psicometria. A autora também destaca o livro “Inquiry into human faculty and its development”, de Galton (1832-1911), publicado em 1853, que defendeu a existência de relações entre a duração da juventude e a diferenciação da personalidade, além de descrever as mudanças sofridas pelo organismo na idade avançada e correlacioná-las com transformações no campo da psicomotricidade, da percepção e dos processos mentais superiores.

Na primeira década do século XX, duas disciplinas científicas voltadas para o estudo do envelhecimento foram criadas: a Gerontologia, em 1903, e a Geriatria, em 1909. O russo Elie Metchnikoff cunhou o termo “gerontologia” a partir das expressões “gero” (velhice) e “logia” (estudo), defendendo a necessidade de uma nova disciplina em virtude das modificações que ocorrem no curso do último período da vida humana. Já o médico Ignatz L. Nascher cunhou o termo “geriatria” cujo significado era o “estudo clínico da velhice” (PAPALÉO NETTO, 2006).

Entretanto, é somente no período após a Segunda Grande Guerra que a Gerontologia e a Geriatria se transformam em campos de pesquisa, de formação acadêmica e de práticas profissionais, especialmente na Inglaterra, França e Estados Unidos, com a progressiva emergência da velhice como problema social e o interesse de disciplinas como a psicologia e a sociologia pelo tema (DEBERT, 2012). Neri (1995, p. 17) esclarece o principal motivo do alheamento dos cientistas em relação à velhice entre 1900 e 1940, período de expansão e consolidação da psicologia da criança:

O que na verdade ocorreu foi que nessa ocasião as sociedades em que se produzia conhecimento científico sobre o desenvolvimento estavam experimentando grandes progressos na qualidade de vida de suas populações, graças aos progressos da medicina, à crescente urbanização e à melhoria dos cenários de trabalho. A diminuição da mortalidade infantil e materna provocavam melhoras significativas na expectativa de vida por ocasião do nascimento. O controle de várias doenças permitia aumento na longevidade. Ao mesmo tempo, a escola procurava corresponder às necessidades sociais e investia em tentativas de cientificação de suas práticas, em busca de maior eficiência. O despertar do interesse e o investimento nos estudos sobre a criança e o adolescente ocorreram num contexto de valorização dos ganhos, da produtividade e do *vir a ser* representado pela infância. Nada mais natural, portanto, que colocar a ciência a serviço dos ideais dominantes de progresso, aos quais a perspectiva de ganhos decorrentes do potencial de crescimento da infância ajustavam-se como uma luva.

Ademais, nessa época, conhecimentos provenientes da Psicologia Experimental, da Psiquiatria e da Psicometria corroboravam a noção de que o desenvolvimento cessaria após a adolescência, não havendo razões para a velhice ser considerada objeto de estudo da Psicologia, apenas da Geriatria e da Gerontologia (NERI, 1995). Entretanto, vale ressaltar que autores da

Psicologia do desenvolvimento delimitavam a infância e adolescência como objetos de pesquisa como o enfoque de suas teorias, como Piaget, Vigotski e Wallon.

Com o progresso social usufruído por vários países da Europa ocidental e pelos Estados Unidos, o paulatino aumento do contingente de velhos ativos e saudáveis assomou o interesse da Psicologia pelo estudo da velhice durante o século XX (NERI, 2004). Atualmente, inúmeros estudos e projeções bem estabelecidas assinalam o aumento da população idosa nos próximos anos, evidenciando o envelhecimento populacional como um fenômeno de repercussão global.

Debert (2012, p. 12), no entanto, afirma que “explicar por razões de ordem demográfica a aparente quebra da ‘conspiração do silêncio’ em relação à velhice é perder a oportunidade de descrever os processos por meio dos quais o envelhecimento se transformou em um problema que ganha expressão e legitimidade, no campo das preocupações sociais do momento”. A autora ainda sumariza que a transformação da velhice numa especialidade científica põe em jogo múltiplas dimensões, como o desgaste fisiológico e o prolongamento da vida, o desequilíbrio demográfico e o custo financeiro das políticas sociais.

É por volta dos anos 1960 que uma grande quantidade de estudos desponta, que associações e sociedades de Geriatria são criadas, e formações universitárias são instituídas na área. Em 1959, foi produzido o primeiro manual sobre Psicologia do Envelhecimento, abarcando temas clássicos como a aprendizagem, a inteligência, a percepção e a personalidade, ainda que com pouca articulação interna (NERI, 1995).

Um dos principais teóricos que se ocupou do estudo das mudanças que se processam ao longo do ciclo de vida, inclusive nas etapas finais, foi Erik Erikson, alemão que propôs a caracterização de oito – ou nove⁴⁹ – fases do ciclo de vida, cada qual com sua tarefa psicossocial (ABREU, 2017), considerando que o sujeito se desenvolve durante toda a vida.

No Brasil, Lopes e Goldfarb (2009) sinalizam que a atividade gerontológica teve sua origem no Serviço Social do Comércio (SESC), na década de 1970, que, de maneira pioneira, ofereceu um espaço para a reflexão sobre a questão da velhice e para uma prática inovadora voltada para a melhoria das condições de vida dos velhos. Na ocasião, não existiam serviços especializados na área da saúde e nem na assistência social, e os então chamados “asilos” estavam condenados ao descuido. Os psicólogos que trabalhavam nesta área seguiam um referencial médico – eram assistentes dos médicos na atenção a pacientes com patologias. As autoras ainda complementam que a única associação que reunia psicólogos e outros

⁴⁹ Em uma publicação *mortem* de Erik Erikson, Joan M. Erikson afirma que existe uma nona fase, embora poucas pessoas a alcancem, pois ela não se instala antes dos 80 ou 90 anos.

profissionais interessados em Gerontologia (como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, entre outros) era a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

Debert (2012) chama atenção para o fato que a primeira sociedade de Geriatria no Brasil foi fundada em 1961, sendo aberta a partir de 1978 também para outros profissionais, constituindo-se, então, a SBGG, que conta com cerca de 1500 associados, publica uma revista trimestral, é filiada à “International Association of Gerontology”, credencia especialistas em Gerontologia e é autorizada pela Associação Médica Brasileira a credenciar o especialista em Geriatria. Outra associação do gênero é fundada no Brasil em 1982, a Associação Nacional de Gerontologia, que reúne cerca de 700 profissionais não médicos e que, periodicamente, realiza cursos de formação de especialistas e encontros de profissionais da área (DEBERT, 2012).

Somente a partir dos anos 1970 a velhice passa a receber um tratamento acadêmico propriamente dito, transformando-se em um tema de pesquisa e de estudos no interior das universidades do Brasil, especialmente na pós-graduação. Papaléo Netto (2006) relata que, em 1982, o Instituto *Sedes Sapientiae* criou o primeiro curso de Gerontologia – fundado pelas psicólogas Raquel Vieira da Cunha e Lea Rosenberg, – e, a partir de então, foi ocorrendo um lento, gradual e seletivo ingresso da universidade na área do envelhecimento.

Em meados da década de 1990, começaram a ser gestadas propostas de pós-graduação *stricto sensu*, e em 1997 abriu-se o curso de Gerontologia (Mestrado e Doutorado) na UNICAMP. Em 1998 inaugura-se o de Gerontologia Social da PUCSP (Mestrado) e em 2000 o de Gerontologia Biomédica da PUC-RS (Mestrado e Doutorado), todos com caráter multidisciplinar (NERI, 2000, *apud* PAPALÉO NETTO, 2006).

Dessa forma, com estabelecimento de currículos mínimos para a formação de recursos humanos em Gerontologia, sob a influência de variáveis do contexto social e da interface com diversas disciplinas, emerge o campo que estudiosos denominaram Psicologia do Envelhecimento.

A Psicologia do Envelhecimento no Brasil fundamentou-se no modelo médico e no discurso tradicional da Gerontologia e da Psicologia do Desenvolvimento, segundo os quais a velhice é sinônimo de doenças, de perdas, de afastamento e disfuncionalidade.

A construção social do conjunto de ideias e práticas sobre a terceira idade se opõe ao estigma da velhice que é percebida como o fim da vida, como doença ou como solidão. Estes dois modelos de envelhecimento coexistem hoje na sociedade, não necessariamente como formas incorporadas nas trajetórias de vida, mas como pautas de questões e de referências para a ação. No contexto brasileiro, estes modelos de envelhecimento devem ser pensados em relação às desigualdades sociais que se expressam no enorme contingente de velhos que vivem na pobreza e, portanto, impedidos de aderir aos elementos que compõem o perfil da terceira idade, como o

consumo de novas tecnologias e o estilo de vida que assumiu uma imagem homogênea de juventude associada à beleza, à força e à vitalidade (BARROS, 2006, p. 121)

Nesse sentido, a criação do campo científico da Psicologia do Envelhecimento não se deu sem um conjunto de contradições. A produção científica da Psicologia brasileira, no entanto, como destaca Neri (2004, p. 71),

[...] não apresenta produção volumosa, de longo prazo, contínua, sistemática e característica sobre a velhice. A difusão da informação científica e profissional ainda deixa a desejar, em parte porque ainda não ensinamos a disciplina sistematicamente na universidade. Parte dos profissionais acompanha a literatura internacional de pesquisa e de intervenção; parte trabalha de forma intuitiva, procurando adaptar conhecimentos básicos da disciplina à solução de problemas emergentes. Eles se tornam mais evidentes à medida que está aumentando a população idosa e em que o campo profissional da gerontologia vai se delineando de forma mais clara no país, abrindo novos espaços para os profissionais da psicologia.

Vale ressaltar, ainda, a carência de produção científica acerca da história da Psicologia do Envelhecimento no Brasil, haja vista o número escasso de referências que compõem o presente trabalho. Witter *et al* (2010), ao analisar a produção científica em envelhecimento publicada em nove revistas científicas entre 1999 e 2003, na área de Psicologia e nas suas interfaces com a Educação e a Saúde Coletiva, salienta que é primordial que as pesquisas acerca do envelhecimento e da velhice continuem avançando nos seus delineamentos metodológicos, bem como na sua visão sobre o tema, tentando mudar seu paradigma, investigando o velho como um sujeito em desenvolvimento e saudável, em todos os sentidos, para a fase de desenvolvimento humano em que encontra.

Com uma concepção de diferenciação em relação ao modelo biomédico e os discursos tradicionais da Gerontologia e da Psicologia do Desenvolvimento, para os quais a velhice é submetida ao escrutínio de processos patológicos, de perdas, de afastamento e disfuncionalidade, Lopes e Goldfarb (2009) sustentam o uso do termo “Psicogerontologia” para se referir um campo de conhecimento que pode ser apropriado de forma interdisciplinar, valorizando as singularidades e pluralidades do envelhecer. A Psicogerontologia, portanto,

se ocupa do estudo dos processos psíquicos do envelhecimento como construção histórica e permanente da subjetividade. Não é um recorte disciplinar dirigido a um grupo determinado de profissionais ou pesquisadores, é um corpo de conhecimento que interessa a todos os profissionais da Gerontologia, dirigido à construção de um novo saber verdadeiramente interdisciplinar. (LOPES; GOLDFARB, 2009, p. 19).

Importa ao campo psicogerontológico em construção a pluralização dos espaços ético-políticos de fortalecimento da teorização e da intervenção sobre a realidade das velhices, abrindo um espaço dialógico e de reflexões sobre os desafios e as potências de envelhecer.

Por tudo isso, apesar dos avanços na constituição das velhices enquanto objeto da Psicologia ao longo dos últimos 60 anos, pode-se dizer que esse campo carece de construções mais estruturantes para sua inserção na definição de políticas públicas. O estudo da constituição histórica da Psicogerontologia, ou da Psicologia do Envelhecimento, no Brasil, é de fundamental importância para o impreterível exercício de análise crítica, tanto de seu objeto de estudo quanto de seu arsenal teórico e metodológico, de modo a transformar o imaginário e o lugar social da velhice concernente a culturas e momentos históricos distintos do que vivemos atualmente.

4.2 Considerações sobre as contribuições da Psicologia no contexto da educação na saúde

A partir desse panorama histórico apresentado, ao acessar o passado no presente em que a Psicologia celebra, em 27 de agosto de 2022, 60 anos de sua regulamentação no Brasil – demarcando sua entrada metafórica na velhice – observamos o quanto foi possível avançar em termos de políticas públicas, áreas de atuação, práticas de cuidado e luta pela garantia de direitos das pessoas idosas no âmbito da ciência-profissão. Ao acessar as *marcas* desse passado no presente, observamos que um dos grandes desafios da Psicologia é se debruçar sobre os contextos sociais, educacionais, culturais e de saúde que afetam e são afetados pelo envelhecimento, direcionando pesquisas e intervenções para as singularidades e complexidades do longeviver no Brasil.

Importa, neste tópico, tecer algumas considerações sobre as contribuições do saber-fazer da Psicologia junto às velhices no contexto pandêmico. Em tempo, cabe elucidar a adoção dos termos “velhices”, no plural, e “Psicologia”, no singular, que intitulam este capítulo. O uso dos substantivos velho e velha nesta tese, empregados para designar o sujeito que vivencia a velhice, poderia remeter, inicialmente, ao uso dos termos enquanto adjetivos, comumente associados a acepções pejorativas atreladas à lógica capitalista, que (des)qualificam objetos com os atributos obsoleto, deteriorado, antiquado. No entanto, a preferência por nos referir aos velhos e velhas enquanto sujeitos, de forma a suplantarem sua representação enquanto objeto ou atributo, bem como contrapor os eufemismos e expressões atenuadas como “jovens idosos”, “terceira” ou

“melhor idade”, configura-se como estratégia para a problematização dos preconceitos e estigmas que reificam o sujeito e arraigam as conotações negativas do vocábulo. Escolher falar de “velhices”, portanto, além de converter-se numa ação e atitude de resistência que aponta para a dimensão humana do ser que conquistou a velhice, também abarca a pluralidade e a heterogeneidade de uma população que mais se diferencia entre si ao longo do processo de envelhecimento. Nessa direção, ainda que também existam Psicologias diversas, trazemos destaque para as possibilidades de atuação da psicóloga junto à população idosa no contexto da saúde e da saúde mental.

Partimos das considerações de Scarcelli e Junqueira (2011, p. 352) sobre os desafios e as preocupações atinentes à formação em Psicologia para o trabalho em saúde e, conseqüentemente, à atuação profissional, o que “implica transcender o sentido estrito de instrução, capacitação e aperfeiçoamento e possibilitar a produção de conhecimento, de mentalidades, de jeitos de estar, de comprometimento com a coisa pública aliada à descoberta e ao exercício do processo de criação”. Portanto, é fundamental que a presença de uma psicóloga no âmbito do SUS seja pautada em – ao mesmo tempo que contribua com – trabalhos de questionamento e avaliação das práticas de modo a superar as perspectivas adaptadoras dos sujeitos ao contexto social, tendo a emancipação como seu horizonte.

As pautas da atuação da Psicologia em interface com a Gerontologia dialogam com trabalho no campo da Saúde Mental, no contexto de combate à hegemonia de um modelo de atenção em saúde centrado no enfoque biomédico e hospitalocêntrico, em detrimento da integralidade do cuidado. Sobretudo, combater toda e qualquer forma de exclusão, de preconceito e de violação aos direitos humanos é uma tarefa diária na busca por uma sociedade justa e sem manicômios (incluindo os ideológicos).

Para enriquecer as relações de semelhança entre as discussões estabelecidas em torno da velhice e no âmbito da saúde mental, trazemos uma das constatações de Paulo Amarante (2012) – pesquisador expoente e referência em saúde mental, e que foi parte integrante fundamental do Projeto Rede Sampa abordado nesta tese – após décadas desde o início do processo de reforma psiquiátrica, assinalando que

não basta fechar manicômios e abrir Centros de Atenção Psicossocial ou outros serviços ou dispositivos assistenciais, por mais modernos que sejam. É necessário mudar as concepções sobre a loucura, tanto as dos profissionais de saúde quanto as dos familiares, da sociedade em geral e dos próprios sujeitos que vivenciam as experiências psíquicas da loucura. Em outras palavras, ficou claro para todos que reforma psiquiátrica não é sinônimo de reforma de serviços, ou ainda, que seu objetivo maior não é a reorientação do modelo assistencial e sim a transformação do lugar social da loucura (AMARANTE, 2012, p. 9).

Em consonância com a luta por transformar o lugar social da loucura e das velhices, que são o objeto desta pesquisa, é imperativo construir uma Psicologia comprometida com a transformação da sociedade, que afirma os aguerridos propósitos de travar lutas contra projetos colonizadores, antidemocráticos, de exclusão e de sofrimento, com a ampliação das redes de humanização, de justiça social e de produção de vida.

Nessa direção, o Projeto Rede Sampa - Saúde Mental Paulistana foi descrito neste estudo por realizar cursos de educação permanente na saúde e que, menos do que reorientar os modelos assistenciais ou reformar serviços no município de São Paulo, promoveu transformações nas nossas concepções sobre a loucura – e, também, sobre as velhices. Cabe, portanto, retomar a experiência de uma psicóloga na educação permanente de profissionais do SUS, de modo a trazer elementos para a reafirmação das lutas contra os diversos mecanismos de opressão da ideologia manicomial, e que se articulam em defesa da diversidade, da alteridade e da transformação social.

Durante minha atuação enquanto psicóloga e educadora nos cursos de educação permanente na Escola Municipal de Saúde desde 2015, tive o propósito de produzir ambientes suficientemente seguros e acolhedores para que os processos miméticos – descritos por Benjamin (2012) – se expressassem. O exercício de alteridade oportunizado pela faculdade mimética possibilitou aos alunos e alunas/profissionais problematizar e ressignificar os conhecimentos acerca dos aspectos biopsicossociais e culturais relacionados ao envelhecimento, acerca da heterogeneidade da velhice e do próprio processo de envelhecer.

Ouvi relatos sensíveis sobre se perceberem agentes e alvos de preconceitos no âmbito profissional (julgando que, à medida que envelheciam, funcionários perdiam habilidades e capacidade de aprender), sobre serem juízes e réus de comportamentos cuja adequação está atrelada à idade (abarcando desde as formas de se vestir, de se relacionar e de desejar), sobre as dificuldades de lidar com as perdas inerentes ao processo de desenvolvimento humano, sobre o amedrontamento frente a uma possível dependência e sobre a importância do curso ao propiciar um espaço de afastamento e reflexão sobre o cotidiano e, conseqüentemente, favorecer a multiplicação destes questionamentos em seu ambiente familiar, laboral e comunitário.

Observei, ainda, transformações igualmente sensíveis na forma destes profissionais de estarem no mundo: muitas mulheres mudaram cores e texturas em seus cabelos e roupas ao longo dos encontros, homens experimentaram a sensibilidade e a criatividade em diferentes formas de cuidado – no Curso “Gerenciamento de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa”, em 2018, um aluno/profissional, inclusive, compôs uma belíssima música

sobre envelhecimento intitulada “Velho Livro”, inspirado pelas narrativas das colegas em sala de aula –, as relações com o grupo e os sorrisos se tornaram mais abertos, assim como as posturas mais dignificadas a partir da abertura ao diálogo e do pensamento crítico.

O encontro da psicóloga no processo de outramento na vida de profissionais de saúde, com o intuito de realizar uma educação humanitária e emancipadora, é um encontro, sobretudo, necessário. As questões intersubjetivas aprofundam a complexidade do trabalho, levando-nos a assinalar que

a formação de trabalhadores em saúde é tarefa complexa, pois deve estar voltada para a organização de trabalho coletivo, apoiado em diferentes abordagens. No caso das ações desenvolvidas por profissionais *psi* e de práticas em saúde mental, outros aspectos aprofundam essa complexidade: o instrumento de trabalho é a própria subjetividade dos trabalhadores e as relações estabelecidas entre eles e também com seus “pacientes”, portanto, aspectos intersubjetivos incluem-se como problemática nos projetos de formação (SCARCELLI, JUNQUEIRA, 2011, p. 353).

O acolhimento e o compartilhamento sobre os saberes dos territórios foram suportes importantes diante da falta de palavras daqueles e daquelas estudantes/profissionais, em alguns momentos, para comunicar as experiências atroz de violência estrutural e de gênero, a austeridade da miséria e dos preconceitos, a impotência que atravessava a aspereza do cotidiano em que vivem e trabalham. Ao mesmo tempo, o acolhimento proporcionou uma experiência de aprendizado e apropriação de palavras, de adjetivos, de formas sensíveis de nomear e dizer. A linguagem se tornou repleta de sentido compartilhável a partir das experiências que tivemos durante os cursos realizados na escola formadora do SUS, e atravessou toda esta co-memoração de desafios, potências e afetos transformadores.

5. Considerações finais

Rememorar um prolongado período histórico de pandemia, que segue alargando desigualdades e exacerbando a precariedade da vida de pessoas idosas, enseja vislumbrar o presente segundo as possibilidades outras de um passado que se mantém em aberto, tal como concebia Walter Benjamin na sua interpretação da “história aberta”. Registrar as experiências de pessoas idosas e de profissionais de saúde como elemento central nesse duplo jogo de dizer sobre a pandemia e de refletir sobre as formas cuidado em saúde, possibilitou identificar o que lhes foi despojado de um passado que ora pede justiça. Logo, no processo desta tese de rememorar e reconhecer as promessas de um passado pandêmico arruinado e de projetar o futuro não como uma continuidade do presente, mas como uma interrupção do tempo linear do progresso que promove exclusão, opressão e morte, buscou-se contribuir para uma redenção do passado das velhices afetadas pela sindemia.

Assim, o exercício de elaboração teórica desta tese se funda no comprometimento com a perspectiva dos vencidos sobre o período pandêmico, não para produzir uma nova narrativa com um fim em si mesma, mas como um exercício de crítica permanente aos discursos oficiais, reforçando a premência de movimentos emancipadores para a reparação do futuro de seu passado. Aqui também se inscreve uma possível – e despreziosa – contribuição desta pesquisa, uma vez que os registros das experiências de pessoas idosas e profissionais de saúde aqui contidos podem guardar elementos que, na perspectiva da história aberta, tenham potencial para adquirir insuspeitada relevância no decurso do tempo, e que não puderam ainda ser reconhecidos no momento em que se deram.

Na esteira do processo de reflexão fundamentado no arcabouço teórico-metodológico do pensamento benjaminiano, a proposta de contemplação sobre as velhices, de modo a iluminá-las continuamente em seus mais variados estratos de significação, possibilitou constelar diversos fragmentos para uma compreensão e análise das suas experiências no período pandêmico. O delineamento deste mosaico de reflexões foi indispensável para ponderar sobre alguns dos aspectos históricos, políticos, socioeconômicos e subjetivos inerentes às determinações da pandemia que balizaram as atitudes e as diretrizes de cuidado em relação às velhices nesse período.

O trabalho artesanal de produzir narrativas “a contrapelo” sobre a experiência dos oprimidos e vencidos em meio à catástrofe pandêmica no contexto da Atenção Básica, contou com um *corpus* documental de 54 questionários, respondidos por profissionais do SUS/estudantes da Escola Municipal de Saúde. Revelaram-se as suas experiências de cuidado

com as velhices (identificando relevantes aspectos das relações entre profissionais e pessoas idosas), os saberes das experiências de cuidado com as velhices (conferindo visibilidade para os conhecimentos produzidos por profissionais em suas práticas de cuidado às velhices nos territórios) e suas perspectivas sobre as velhices (aprendendo as necessidades de formação para direcionar propostas de educação permanente no SUS), possibilitando desenhar os contornos possíveis para a transformação das concepções etaristas sobre o processo de envelhecimento e as velhices nos serviços de saúde.

Buscamos, ainda, ecoar as vozes das depoentes Laura, Vera, Ester e Célia – as três primeiras, Técnicas em Serviço de Saúde, a última, profissional aposentada aos 62 anos e usuária do SUS. Em seus depoimentos costuraram-se as compreensões sobre as relações de *afeto* que sustentam a humanização e o cuidado integral no SUS, e que se configuram como uma das afirmações de sua *resistência* frente aos desafios e às situações de opressão que se operam nos serviços, indicando caminhos para a *transformação* de sua realidade de forma crítica, potente e *alinhavada* na experiência coletiva de cuidado para o atravessamento da pandemia.

Os resultados das análises dos depoimentos orais e escritos – que também consistiram em momentos privilegiados de elaboração das experiências das pessoas depoentes – compuseram um mosaico de sentidos, coletivos e individuais, para as experiências das velhices no esgarçado tecido social pandêmico. Destacam-se, dentre eles, os estereótipos, preconceitos e as discriminações em relação às pessoas idosas – o etarismo – naturalizados nas práticas assistenciais em saúde, relacionados ao empobrecimento da experiência, à precarização e superexploração do trabalho de profissionais de saúde frente à emergência da covid-19, que levaram à negligência no cuidado de pessoas idosas com comorbidades e em situação de vulnerabilidade social.

Destaca-se, também, a importância da realização de um curso de educação permanente de profissionais do SUS durante a pandemia, tendo a experiência do longeviver como centro do processo de educação emancipatória. A unidade “Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa” do curso de “Especialização Técnica de Nível Médio em Saúde Mental” do Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana, ofertado pela Escola Municipal de Saúde no ano de 2020, convocou à abertura para novas experiências de cuidado em relação às velhices.

As (des)construções pessoais e coletivas oportunizadas por um processo de “educação pela velhice”, a partir da promoção de espaços dialógicos, artesanais e instigadores da capacidade de perceber semelhanças para a constituição de experiências com as velhices, permitiu aos profissionais vislumbrarem as trilhas de seu próprio envelhecer, localizarem novos

caminhos possíveis para as redes de atenção e cerzirem os sentidos da experiência do cuidado no seu território. Da mesma forma, fomentar a construção de um processo educativo libertador e emancipatório revelou-se de fundamental importância para consolidar o papel multiplicador dos profissionais no gerenciamento do cuidado, favorecendo reflexões e estratégias para o exercício da “cidadania” e do protagonismo social das pessoas idosas usuárias dos serviços.

Ao sobrepujar o caráter produtivista de elaboração de um projeto de “formação para o trabalho” como conformação e dominação de trabalhadores e trabalhadoras, as experiências ganharam centralidade e a construção do conhecimento foi transformadora, uma vez que não foi instrumentalizada pela técnica e reafirmou seus valores humanos. Foi, portanto, uma formação que se contrapôs à tendência dominante no mundo administrado, especialmente no contexto da formação para o trabalho. Ressalta-se, nesse sentido, as contribuições da Psicologia no contexto da educação permanente do SUS para a transformação do lugar social das velhices e para a luta contra projetos colonizadores, antidemocráticos, de exclusão e de sofrimento, com a ampliação das redes de humanização, de justiça social e de produção de vida. E quanto a mim, enquanto psicóloga, educadora e pesquisadora, também produzi narrativas sobre as transformações e os novos sentidos que iluminaram minha vida sob as fulgurações dessas experiências.

Portanto, a proposta do curso de educação permanente ganhou um sentido inefável durante o período de pandemia de covid-19, pois a relevância da problematização da realidade foi corroborada pelo reconhecimento, por parte dos profissionais, da heterogeneidade e multidimensionalidade do sujeito que envelhece e do processo de envelhecimento, ressignificando a percepção das diferenças e similaridades em relação ao outro – o velho e o seu próprio eu que envelhece – e o sentido do cuidado para além das práticas de saúde centradas no modelo biomédico. Outrossim, foi inaugural o refinamento da escuta e do olhar para a população idosa, levando à transformação crítico-reflexiva de práticas técnicas e sociais. A criticidade dos alunos, aliada ao seu conhecimento ímpar – que integrava o saber local aos conteúdos teóricos em Gerontologia – fomentou uma postura e um compromisso ético-político de questionamento dos processos de trabalho, do acesso dos velhos e velhas aos serviços e equipamentos de saúde, da configuração da rede, bem como de reconhecimento e reivindicação de direitos.

Espera-se que este estudo traga subsídios para futuras ações de educação permanente de profissionais para o cuidado às pessoas idosas, considerando as particularidades históricas, políticas e socioculturais atinentes a essas ações e aprofundando investigações sobre os limites e as possibilidades de aprimoramento da assistência à saúde da pessoa idosa. Da mesma forma,

indica-se a continuidade de pesquisas que desenvolvam entrevistas em profundidade com pessoas idosas para a narrativa de suas experiências e para auxiliar no conhecimento sobre as necessidades psicossociais, as dificuldades socioeconômicas, os processos de luto, lutas e resistências dessa população durante a pandemia, de modo a embasar o desenvolvimento de políticas afinadas com suas demandas, promover ações de enfrentamento ao etarismo e tornar a sociedade inclusiva para a diversidade das velhices. Por fim, recomenda-se a priorização de espaços coletivos de reflexão sobre as experiências de pessoas idosas e profissionais da saúde para fortalecer o processo de humanização da atenção à saúde e o próprio SUS.

Referências

- ABREU, C. R. G. M. A narrativa como estratégia de formação na educação em saúde. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.
- ABREU, M.C. *Velhice: uma nova paisagem*. São Paulo: Ágora, 2017.
- ADORNO, T. W. *Educação e emancipação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ADORNO, T. W. *Minima moralia: reflexões a partir da vida danificada*. Trad. Luiz Eduardo Bicca. São Paulo: Ática, 1993.
- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. *Dialética do Esclarecimento*. Tradução Guido Antonio de Almeida. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- AGAMBEN, G. Reflexões sobre a peste. Ensaio em tempo de pandemia. São Paulo: Boitempo Editorial, 2020.
- AMARANTE, P. D. C. Prefácio. In: AMARANTE, P. D. C.; CAMPOS, R. N. (Orgs.) *Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates*. São Paulo: Zagodoni, 2012.
- ANZIEU, D.; MARTIN, J.Y. *La dynamique des groupes restreints*. Paris: PUF, 1976.
- AULD, G. W. et al. Development of a Decision Tree to Determine Appropriateness of NVivo in Analyzing Qualitative Data Sets, *Journal of Nutrition Education and Behavior*, v. 39, n. 1, p. 37-47, 2007. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S149940460600683X>>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100010>>. Acesso em: 29 jun. 2022.
- BALTES, P. B. Prefácio. In: NERI, A. L. (Org.). *Psicologia do Envelhecimento*. Temas selecionados na perspectiva do curso de vida. Campinas: Papirus, 1995.
- BARBOSA, D. R. *Estudos para uma história da psicologia educacional e escolar no Brasil*. 2011. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*, v. 27, n. 04, p. 1003-1022, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400008>>. Acesso em: 28 jan. 2022.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARROS, M. M. L. Trajetória dos estudos de velhice no Brasil. *Sociologia, Problemas e Práticas* [online]. n.52, p.109-132, 2006.

BEAUVOIR, S. *A velhice: realidade incômoda*. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

BENJAMIN, W. *Obras escolhidas I*. 8. ed. Tradução Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 2012.

BENJAMIN, W. Origem do drama barroco alemão. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BEZERRA, L. M.; NEVES, R. C. De Moiras a Tântatos: considerações a respeito da morte e do morrer para os profissionais da enfermagem. *InterEspaço*, v. 3, n. 9 p. 27-48, 2017.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 37, n. 10, p. 1-14, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00119021>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, p. 20-28, jan./fev./mar./abr. 2002.

BORDENAVE, J. E. D.; PEREIRA, A. M. *Estratégias de Ensino-Aprendizagem*. 25. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

BOSI, E. A pesquisa em memória social. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 277-284, 1993. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771993000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 jan. 2019.

BOSI, E. A pesquisa em memória social. *Psicologia USP*, v. 4, n.1-2, p. 277-284, 1993. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1678-51771993000100012>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

BOSI, E. *Memória e sociedade: Lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BOSI, E. Sugestões para um jovem pesquisador. In: BOSI, E. *O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social*. São Paulo: Ateliê Editorial, p. 59-67, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.307, de 6 de junho de 2011. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt1307_06_06_2011.html>. Acesso em: 29 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS). Diário Oficial da União [internet]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 14 ago. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, 2017.

BRETTAS, T. Defender a vida é preciso, a economia não. In: Em tempos de pandemia: propostas para defesa da vida e de direitos sociais. MOREIRA, E.; GOUVEIA, R. et al. [Orgs.]. Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 2020.

BRUM, E. Me chamem de velha. *Revista Época*, 20 fev. 2012. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2012/02/me-chamem-de-velha.html>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

BRUNO, M. R. P. Cidadania não tem idade. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 75, p. 74- 83, 2003.

CAMARANO, A. A. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 25, supl 2, ,p. 4169-4176, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.30042020>>. Acesso em: 29 jun. 2022.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

CARVALHO, M. F. C. et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online], v. 15, n. 4, p. 817-827, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400013>>. Acesso em: 28 jan. 2022.

CEGATTI, F.; CARNUT, L.; MENDES, Á. Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos no SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores. *J Manag Prim Health Care* [Internet], v. 12, p. 1-41, 2020. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/978>>. Acesso em: 30 jun. 2022.

CIVITELLO, D. J.; COHEN, J.; FATIMA, H.; HALSTEAD, N. T.; LIRIANO, J.; MCMAHON, T. A.; et al. Biodiversity inhibits parasites: broad evidence for the dilution effect. *Proc. Natl. Acad. Sci.*, v. 112, n. 28, p. 8667–8671, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26069208/>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

CONCONE, M. H. V. B. Medo de envelhecer ou de parecer? *Revista Kairós Gerontologia*, v. 10, n. 2, p. 19-44, 2007. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2588/1642>>. Acesso em: 30 jun. 2022.

COSTA, C. M. et al. Educação Permanente em Saúde e atenção psicossocial: a experiência do Projeto Rede Sampa. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 127, p. 1312-1323, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012726>> <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012726I>>. Acesso em: 14 ago. 2021

COSTA, F. G. A Tomada de consciência e o grupo focal na transformação das representações sociais do envelhecimento: uma pesquisa de intervenção. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

CROCHÍK, J. L. A forma sem conteúdo e o sujeito sem subjetividade. *Psicologia USP*, v. 21, n. 1, p. 31-46, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000100003>>.

CROCHÍK, J. L. Formas de violência escolar: preconceito e bullying. *Movimento*, n. 3, p. 29-56, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.22409/mov.v0i3.270>>. Acesso em: 07 jun. 2022.

CROCHÍK, J. L. O conceito de preconceito e a perspectiva da teoria crítica. In: _____ (Org.). p. 69-101. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

CROCHÍK, J. L. Preconceito e Inclusão. *WebMosaica*, revista do instituto cultural judaico Marc Chagall, v. 3, n. 1, p. 32-42, jan-jun, 2011. Acesso em: 30 jun. 2022.

CZEISLER, M. É.; DRANE, A.; WINNAY, S. S.; CAPODILUPO, E. R.; CZEISLER, C. A.; RAJARATNAM, S. M. W.; HOWARD, M. E. Mental health, substance use, and suicidal ideation among unpaid caregivers of adults in the United States during the COVID-19 pandemic: Relationships to age, race/ethnicity, employment, and caregiver intensity. *Journal of Affective Disorders*, v. 295, p. 1259-1268, 1 Dec. 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721009356>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

DEBERT, G. G.; FELIX, J. Dilema ético, os idosos e a metáfora da guerra – Parte da sociedade é tratada como inútil e improdutiva. Folha de S. Paulo, seção Tendências & Debates, 19/04/2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/04/dilema-etico-os-idosos-e-a-metafora-da-guerra.shtml>>. Acesso em: 16 jan. 2022.

DEBERT, G. G. *A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2012.

DEBERT, G. G. As representações sociais (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. In: Ministério da Previdência e Assistência Social (Org.), Anais do I Seminário Internacional. Envelhecimento populacional: uma agenda para final de século. Brasília (DF), 1996.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Informação e Sociedade*, v. 10, n. 2, 2000.

DINIZ, D.; GEBARA, I. *Esperança feminista*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2022.

EVERARD, M.; JOHNSTON, P.; SANTILLO, D.; STADDON, C. The role of ecosystems in mitigation and management of Covid-19 and other zoonoses. *Environ. Sci. Policy*, v. 111, p. 7–17, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462901120306122>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

FALEIROS, V. Envelhecimento no Brasil: desafios e compromissos. In: Conselho Federal de Psicologia. *Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2008.

FERREIRA, A. A. A Experiência, a metrópole e o velho. 2013. 339F. Tese (Doutorado em Geografia) - Programa de Pós-Graduação do Departamento de Geografia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

FERREIRA, E. A. et al. Vínculo Profissional-Usuário na Estratégia Saúde da Família: Percepções de Idosos Hipertensos. *ID on line Rev. Mult. Psic.*, v. 13, n. 43, p. 748-760, 2019. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1561>>. Acesso em: 29 jan. 2022.

FERRIGNO, J. C. *Coeducação entre gerações*. 2. Ed. Edições São Paulo: Edições SESC SP, 2010.

FIGUEIREDO, T. M. R.; LINS, H. C. C.; CASSIANO, C. J. M.; SILVA, K. V. C. C.; LIMA DA SILVA, C. G., SILVA FILHO, M. S.; ALVES, R. N. P.; FARIAS, J. G. A. M.; LIMA, N. N. R.; ROLIM NETO, M. L. The Hunger and the Defense of Homeless in Brazil, *The Lancet Regional Health - Americas*, v. 6, 2022. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X21001046>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

FRANCO, R. *10 lições sobre Walter Benjamin*. Petrópolis: Vozes, 2015.

FRASER, N. O velho está morrendo e o novo não pode nascer. *Autonomia Literária*, 2020.

FRASER, N.; JAEGGI, R. *Capitalismo em debate: uma conversa na teoria crítica*. Tradução de Nathalie Bressiani. Boitempo, 2020.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

FREIRE, P. *Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

GAGNEBIN, J. M. Do conceito de Darstellung em Walter Benjamin ou verdade e beleza. *Kriterion: Revista de Filosofia*, Belo Horizonte, v. 46, n. 112, p.183-190, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-512X2005000200004>>. Acesso em: 08 abr. 2022.

GAGNEBIN, J.-M. *Limiar, aura e rememoração: Ensaio sobre Walter Benjamin*. São Paulo: 34, 2014.

GALEANO, E. *O livro dos abraços*. Trad. Eric Nepomuceno. Porto Alegre: L&PM, 2017.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GOLDFARB, D. C. *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa d Psicólogo, 1998.

GOLDFARB, D. C.; LOPES, R. G. C. Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. In: FREITAS, E. V. et. al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1374-1382.

GONÇALVES, P. L. Crônica da vida “corônica”: Reflexões sobre velhices, morte e necropolítica em tempos de pandemia. *Revista Longeviver*, n. 7, ano 2, p. 35-39, 2020. Disponível em: <<https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/issue/view/76/showToc>>. Acesso em: 04 fev. 2022.

GONÇALVES, P. L. Qualificação de profissionais da saúde em gerontologia: relato de uma intervenção educativa. 2016. 77 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

GONÇALVES, P. L. *Qualificação de profissionais da saúde em gerontologia: relato de uma intervenção educativa*. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2016.

GOVEAS, J. S.; SHEAR, M. K. Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 28, n. 10, p. 1119-1125, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>>. Acesso em: 04 jun. 2022.

HILLMAN, J. *A força do caráter e a poética de uma vida longa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, v. 396, p. 874, sep. 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)>. Acesso em: 02 mar. 2022.

HUIZINGA, J. *Homo Ludens*. 4. ed. Tradução João Paulo Monteiro. São Paulo: Perspectiva, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo demográfico. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, População). 2017. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40>. Acesso em: 30 nov. 2021.

JOHNSON, P. T.; DE ROODE, J. C.; FENTON, A. Why infectious disease research needs community ecology. *Science*, v. 349, n. 6252, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26339035/>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

JONES, B. A.; GRACE, D.; KOCK, R.; ALONSO, S.; RUSHTON, J.; SAID, M. Y.; et al. Zoonosis emergence linked to agricultural intensification and environmental change. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.*, v. 110, n. 21, 2013. Disponível em: <<https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1208059110>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

JONES, K. E.; PATEL, N. G.; LEVY, M. A.; STOREYGARD, A.; BALK, D.; GITTELMAN, J.L.; et al. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*, v. 451, n. 7181, p. 990–993, 2008. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/nature06536>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

JUNCO, C.; PÉREZ OROZCO, A.; RÍO, S. Hacia un derecho universal de ciudadanía (sí, de ciudadanía), Mimeo, 2004.

JUNGES, J. R. et al. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. *Saúde Soc [online]*, v. 21, n. 3, p. 686-697, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300014>>. Acesso em: 29 jan. 2022.

KALACHE, A. et al. Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da Pandemia Covid-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 23, n. 06, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122>>. Acesso em: 04 mar. 2022.

KEESING, F.; BELDEN, L. K.; DASZAK, P.; DOBSON, A.; HARVELL, C. D.; HOLT, R. D.; et al. Impacts of biodiversity on the emergence and transmission of infectious diseases. *Nature*, v. 468, n. 7324, p. 647–652, 2010. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/nature09575>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

KENYON, C. Emergence of zoonoses such as COVID-19 reveals the need for health sciences to embrace an explicit eco-social conceptual framework of health and disease. *Epidemics*, v. 33, December, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755436520300347>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

KOVÁCS, M. J. *Educação para a Morte. Temas e Reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KOVÁCS, M. J.. Educação para a morte. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2018.

LEACH, M.; MACGREGOR, H.; SCOONES, I.; WILKINSON, A. Post-pandemic transformations: How and why COVID-19 requires us to rethink development. *World Development*, v. 138, 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305750X20303600>>. Acesso em: 04 fev. 2022.

LEICHSENRING, K.; BILLINGS, J.; NIES, H. (ed.). Long-term care in Europe - improving policy and practice. London: Palgrave Macmillan, 2013.

LOPES, R. G. C.; GOLDFARB, D. C. Prefácio. In: CORTE, B.; LOPES, R. G. C.; GOLDFARB, D. C. (Org.). *Psicogerontologia: Fundamentos e Práticas*. Curitiba: Juruá, 2009.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública [online]*, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000400021>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

LÖWY, M. *Walter Benjamin: Aviso de incêndio*. Uma leitura das teses “Sobre o conceito de história”. São Paulo: Boitempo, 2005.

MACERATA, I.; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 919-930, 2014.

MARCUCCI, R. M. B. et al. Fortalecendo a política nacional de atenção à saúde da pessoa idosa na atenção básica: a avaliação multidimensional (AMPI-AB) e a mudança de paradigma no atendimento ao idoso nas unidades básicas da região sul do município de São Paulo. São Paulo; SMS; 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-12781>>. Acesso em: 07 jun. 2022.

MARCUSE, H. Algumas implicações sociais da tecnologia moderna. In: _____. *Tecnologia, Guerra e Fascismo*. Trad. Maria Cristina Vidal Borba. São Paulo: UNESP, 1999, p. 73-104.

MARTINS, C. P. *A política nacional de humanização na produção de inflexões no modelo hegemônico de cuidar e gerir no SUS: habitar um paradoxo*. 2015. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/132141>>. Acesso em: 30 jun. 2022.

MATOS, O. C. F. *O iluminismo visionário: Benjamin, leitor de Descartes e Kant*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

MAYLAND, C.R.; HARDING, A. J. E.; PRESTON, N.; PAYNE, S. Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: A Rapid Review of the Impact of Previous Pandemics on Grief and Bereavement. *J Pain Symptom Manage*, v. 60, n. 2, p. 33-39, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32416233/>>. Acesso em: 04 jun. 2022.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MEDRADO, B. D. *Caindo prá idade: "A vivência da velhice em um contexto rural nordestino*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Pernambuco. Recife (PE), 1994.

MEIHY, J. C. S. *Manual de história oral*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Praxis en salud: Un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface - Comunicação, Saúde,*

Educação, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>>. Acesso em: 28 Jun 2022.

MINAYO, M. C. S. Prefácio. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: TRENCH, B.; ROSA, T. E. C. (Orgs.). *Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 7-15, 2011.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

NABUCO, G.; OLIVEIRA, M. H. P. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 1-11, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2532)>. Acesso em: 04 jun. 2022.

NERI, A. L. (Org.). *Psicologia do Envelhecimento*. Temas selecionados na perspectiva do curso de vida. Campinas: Papirus, 1995.

NERI, A. L. Atitudes em relação à velhice: questões científicas e políticas. In: FREITAS, E. V. et. al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1316-1323.

NERI, A. L. Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. In: *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, p. 69-80, jan.-jun. 2004. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/46/55>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

NETTO, M. P. Questões metodológicas da investigação sobre velhice e envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et. al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 164-176.

NEVES, J. A.; MACHADO, M. L.; OLIVEIRA, L. D. A.; MORENO, Y. M. F.; MEDEIROS, M. A. T.; VASCONCELOS, F. A. G. Unemployment, poverty, and hunger in Brazil in Covid-19 pandemic times. *Rev Nutr.*, v. 34, 2021 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e200170>>. Acesso em: 02 jan. 2022.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Rev. Ciênc. Ext.* v.6, n.1, p. 40-53, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/143244/ISSN1679-4605-2010-06-01-40-53.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 02 dez. 2021.

OFFICER, A.; FUENTE-NÚÑEZ, V. A Global campaign to combat ageism. *Bull World Health Organ.* 2018, n. 96, v. 4, p. 295-296. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5872010>

OLIVEIRA, V. V. et al. Impactos do isolamento social na saúde mental de idosos durante a pandemia pela Covid-19. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 3718-3727, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-294>>. Acesso em: 04 mar. 2022.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et. al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 2-12.

PASCHOAL, S. M. P. et al. Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica-AMPI-AB. São Paulo; SMS; 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-10603>>. Acesso em: 07 jun. 2022.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. *Indicadores Sociodemográficos da população idosa residente na cidade de São Paulo*. São Paulo. 2019. Disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/IDOSO/PUBLICACOES/Indicadores%20sociais_10_02_2020%20\(3\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/IDOSO/PUBLICACOES/Indicadores%20sociais_10_02_2020%20(3).pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2021.

RIBEIRO, H.; OLIVER, S. L. Questões ambientais na América Latina e pandemia. In: BUSS, P. M.; TOBAR, Sebastián (Orgs.). *Salud global y diplomacia de la salud: una visión desde América Latina y Caribe*. Rio de Janeiro : Fiocruz, Alianza Latino-americana de Salud Global, 2021.

ROMERO, D. E. et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>>. Acesso em: 04 mar. 2022.

ROSA, G. *Tutameia. Terceiras Estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

SANTOS, M. F. S. *Identidade e aposentadoria*. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1990.

SARAMAGO, J. “De como a personagem foi mestre e o autor seu aprendiz” [Discurso na entrega do Prémio Nobel de Literatura, Estocolmo, 7 de Dezembro de 1998]. Público - Ípsilon, 18/06/2010. Disponível em:

<<https://www.publico.pt/2010/06/18/culturaipsilon/noticia/discurso-perante-areal-academia-sueca-de-como-a-personagem-foi-mestre-e-o-autor-seu-aprendiz1442556>>. Acesso em: 13 nov. 2021.

SARTI, C. A. A observação etnográfica: relato de uma experiência. In: *O reconhecimento do Outro: uma busca de diálogo entre ciências humanas e ciências da saúde*. [Livre docência]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, p. 60-67, 2003.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 2, P. 1-5, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>>. Acesso em: 04 jun. 2022.

SCARCELLI, I. R.; JUNQUEIRA, V. O SUS como Desafio para a Formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e profissão*, v. 31, n. 2, p. 340-357, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000200011>>. Acesso em 14 jan. 2022.

SCHARFSTEIN, E. A. A identidade na velhice mediada pela ação do discurso. In: FREITAS, E. V. et. al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1289-1295.

SCHMIDT, A.; AYOUB, M. F.; SOUZA, Y. L. P.; GUIMARÃES, A. T. B.; FOSS, M. P. COVID-19 pandemic and mental health of a sample of Brazilian caregivers of people with dementia. *Dement. Neuropsychol.* v. 15, n. 04, Oct-Dec 2021, p. 448-457. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dn/a/c98L79gNWzwrFMprGqb4Fdr/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SCHMIDT, M. L. S. Experiência de psicólogas na comunicação de massa. Tese (Doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SCOTT, J. B.; PROLA, C. A.; SIQUEIRA, A. C.; PEREIRA, C. R. R. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, v. 24, n. 2, p. 600-615, ago. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682018000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2022.

SEKKEL, M. C. *Diálogos sobre inclusão e educação infantil*. Tese (Livre-docência) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

SEKKEL, M. C. et al. Linha do Tempo das Políticas Públicas para o Enfrentamento dos Problemas de Escolarização. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 38, n. 4, p. 649-661, out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000500649&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 fev. 2019.

SEKKEL, M. C. O brincar e a invenção do mundo em Walter Benjamin e Donald Winnicott. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 86-95, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642016000100086&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez 2017.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 155-168, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 dez. 2017.

TRAUTWEIN, C. T. G. *Processos históricos da Escola Municipal de Saúde de São Paulo na perspectiva de seus trabalhadores: entre o mito e a realidade*. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública [online]*., v. 20, suppl 2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>>. Acesso em: 25 jan. 2022.

VENTURA, D. F. L.; REIS, R. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19. Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil, São Paulo, n. 10, p. 6-31, 2021. Disponível em: <<https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>>. Acesso em: 26 jan. de 2022.

VIEIRA, L. G. A emergência das catástrofes ambientais e os direitos humanos. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021.

WITTER, C. et al. Produção científica na delimitação de um campo de estudo: o envelhecimento. In: WITTER, G. P. *Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas*. 2. ed. Campinas: Alínea, 2010. Cap. 10, p. 211-236.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Decade of healthy ageing: Baseline report*. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677>>. Acesso em: 29 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Report on Ageism*. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on ageing and health*. Geneva: WHO, 2015.

WU, B. Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Glob Health Res Policy*, v. 5, n. 27, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32514427/>>. Acesso em: 04 mar. 2022.

Apêndices

A - Carta convite às depoentes - profissionais

Prezada,

Inicialmente, gostaria de dizer que é um prazer retomar o contato após as nossas aulas de Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa, e venho, através dessa mensagem, solicitar a sua participação em minha pesquisa de doutorado.

Estou desenvolvendo um trabalho intitulado “Velhices no contexto das políticas públicas de saúde durante a pandemia de covid-19”, sob orientação da professora Marie Claire Sekkel no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Este estudo tem como objetivo principal compreender a experiência de profissionais e de pessoas idosas usuárias do SUS no que diz respeito ao cuidado com as velhices nos serviços de saúde durante a pandemia.

Você está sendo convidada a colaborar participando de uma entrevista individual, em ambiente virtual, por ter concluído um curso de educação permanente voltado para a qualificação do cuidado à pessoa idosa nos serviços de saúde, e por ter realizado o trabalho de conclusão de curso voltado para essa temática.

O seu depoimento será recolhido através da plataforma Google Meet em hora e local escolhido por você, e antes da entrevista apresentarei um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) explicando os procedimentos éticos da pesquisa, incluindo a garantia do sigilo e da sua privacidade.

Ficarei muito contente se você aceitar participar deste estudo, e reforço que você tem o direito de recusar ou desistir da sua participação em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo.

Comprometo-me a compartilhar com você os resultados da pesquisa a qualquer momento, e me mantenho à disposição para esclarecer eventuais dúvidas.

Assim sendo, aguardo sua resposta e desde já agradeço.

Priscila Leite Gonçalves

CRP: 06/109398

Nº USP: 8632987

B - Carta convite às depoentes – pessoas idosas

Prezada(o),

Inicialmente, gostaria de dizer que consegui o seu contato por meio da profissional de saúde X* e venho através desse solicitar ao(à) senhor(a) a participação em minha pesquisa de doutorado.

Estou desenvolvendo um trabalho com o título “Velhices no contexto das políticas públicas de saúde durante a pandemia de covid-19”, com orientação da professora Marie Claire Sekkel no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Este estudo tem como objetivo principal compreender a experiência de profissionais e de pessoas idosas usuárias do SUS no que diz respeito ao cuidado com as velhices nos serviços de saúde durante a pandemia.

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a colaborar participando de uma entrevista individual, em ambiente virtual, por ter sido indicado pela profissional de saúde X* que também foi entrevistada neste estudo, e por ser atendido(a) no serviço de saúde em que X* trabalha.

O seu depoimento será recolhido através da plataforma Google Meet em hora e local escolhido pelo(a) senhor(a). Antes da entrevista passarei todas as instruções para entrar na chamada de vídeo, e também apresentarei um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) explicando as questões éticas da pesquisa, incluindo a garantia do sigilo e da sua privacidade.

Ficarei muito contente se o(a) senhor(a) aceitar participar deste estudo, e reforço que o(a) senhor(a) tem o direito de recusar ou desistir da sua participação em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo.

Eu me comprometo a compartilhar com o(a) senhor(a) os resultados da pesquisa a qualquer momento, e me mantenho à disposição para esclarecer eventuais dúvidas.

Assim sendo, aguardo a resposta do(a) senhor(a) e desde já agradeço.

Me despeço respeitosamente.

Priscila Leite Gonçalves

CRP: 06/109398

Nº USP: 8632987

*Nota: as informações preenchidas com X foram oportunamente atualizadas.

C – TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ONLINE

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Velhices no contexto das políticas públicas de saúde durante a pandemia de covid-19”, sob responsabilidade de Priscila Leite Gonçalves, aluna de doutorado do Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Marie Claire Sekkel. O projeto foi devidamente submetido para a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (CEP SMS) para a presente exposição, de acordo com a legislação vigente.

Temos como objetivo compreender as experiências de pessoas idosas e profissionais da área da saúde no que diz respeito ao cuidado para com as velhices nos serviços de saúde durante a pandemia de covid-19 (SARS-CoV-2) no município de São Paulo. Convidamos você a fazer parte dessa pesquisa respondendo a perguntas de uma entrevista em ambiente virtual, na plataforma de videochamada Google Meet, com duração prevista de aproximadamente 60 minutos. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização, e sua identidade não será divulgada.

Como se trata de uma pesquisa que respeita a sua integridade, os riscos apresentados são mínimos, pois poderá ocorrer desconforto emocional diante das perguntas da entrevista, portanto, há o risco de desconforto do voluntário pela participação no estudo. Destaco que, por causa das limitações das tecnologias utilizadas, existem riscos próprios do ambiente virtual que não permitem garantir total confidencialidade do que será compartilhado virtualmente. Em caso de algum acontecimento que traga dano em consequência da participação na pesquisa, o(a) participante terá direito a uma indenização, conforme estabelecido na Resolução 466/12.

Você tem o direito de interromper ou desistir de participar em qualquer momento da pesquisa, e lhe é garantida a possibilidade de não responder alguma questão ou retirar o seu consentimento sem nenhum tipo de prejuízo. Você tem o direito de recusar-se a participar ou abandonar o estudo a qualquer tempo sem quaisquer prejuízos, inclusive quanto ao seu atendimento pela unidade. Não haverá cobranças, remunerações, despesas ou benefícios diretos pela sua participação, que deve ser livre e voluntária. Você também tem o direito de se manter atualizado(a) sobre os resultados da pesquisa a qualquer

momento. É garantido que seu nome e outros dados que possam identifica-lo(a) não serão citados na pesquisa e também não constarão em futuras publicações, sendo guardados em sigilo. Todas as informações cedidas por você serão protegidas em um sistema de armazenamento seguro, que somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso, e serão mantidas em arquivo durante um período de cinco anos após a realização da pesquisa.

Para qualquer esclarecimento que considere necessário, você poderá entrar em contato a qualquer momento com a pesquisadora Priscila Leite Gonçalves pelo telefone: (11) 95443-8628 ou e-mail: priscilagoncalves@usp.br. Caso tenha dúvidas sobre os aspectos éticos da pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH-IPUSP) da Universidade de São Paulo pelo telefone: (11) 3091-4182 ou e-mail: ceph.ip@usp.br. Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, Bloco G, 2º Andar, sala 27 - Cidade Universitária, São Paulo/SP, 05508-030. Também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde pelo telefone: (11) 3846-4815, ramais 228 / 242 / 243, ou e-mail: cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br / smscep@gmail.com. Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250 - Vila Olímpia, São Paulo/SP, 04547-001.

Enfatizamos a importância de guardar em seus arquivos uma cópia deste documento eletrônico, que você poderá imprimir, salvar em arquivo ou solicitar uma cópia diretamente à responsável pela pesquisa.

Firmamos os nossos sentimentos de estima e consideração, e nos colocamos à disposição.

Priscila Leite Gonçalves
priscilagoncalves@usp.br
CRP: 06/109398
Nº USP: 8632987

[Faça login no Google](#) para salvar o que você já preencheu. [Saiba mais](#)

*Obrigatório

Declaro ter sido informado(a) dos objetivos e das condições de minha participação na pesquisa, e declaro o meu consentimento em participar. Também concordo que os dados obtidos sejam utilizados em publicações científicas. *

Sim

Não

Autorizo a gravação da entrevista. *

Sim

Não

Nome completo *

Sua resposta

Enviar

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em Universidade de São Paulo. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários

D - Solicitação de consentimento livre e esclarecido retroativo

Prezado(a),

Estou entrando em contato em decorrência do Curso de Especialização Técnica de Nível Médio em Saúde Mental do Projeto Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana, finalizado em 2020. Como última atividade das nossas aulas da unidade de Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa, solicitei que você respondesse um questionário no Google Formulários com três perguntas abertas (coloquei o questionário como documento anexo neste e-mail, caso você não se recorde).

Como as respostas desse questionário se mostraram de grande relevância, gostaria de solicitar a sua autorização para o uso das respostas na minha pesquisa de doutorado intitulada “*Velhices no contexto das políticas públicas de saúde durante a pandemia de covid-19*”, que realizo no programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Marie Claire Sekkel.

Este trabalho tem como objetivo principal compreender as experiências de profissionais de saúde e de pessoas idosas usuárias do SUS no que diz respeito ao cuidado para com as velhices nos serviços de saúde durante a pandemia de covid-19 (SARS-CoV-2) no município de São Paulo.

A sua autorização para o uso das respostas não acarretará em riscos previsíveis para a sua saúde, ou seja, os riscos envolvidos são mínimos, pois poderá ocorrer constrangimento ou desconforto emocional pela evocação de memórias. Também destaco que, por causa das limitações das tecnologias utilizadas, existem riscos próprios do ambiente virtual que não permitem garantir total confidencialidade do que é compartilhado virtualmente.

É garantido que seu nome e outros dados que possam identifica-lo(a) não serão citados na pesquisa e também não constarão em futuras publicações, sendo guardados em sigilo. Todas as informações cedidas por você ficarão protegidas em um sistema de armazenamento seguro, durante um período de cinco anos após a realização da pesquisa, mas somente terão acesso às informações a pesquisadora e sua orientadora.

Você tem o direito de recusar ou desistir de participar em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo. Não haverá cobranças, remunerações, despesas ou benefícios diretos pela sua participação, que deve ser livre e voluntária. Você também tem o direito de se manter atualizado(a) sobre os resultados da pesquisa a qualquer momento.

Para qualquer esclarecimento que considere necessário, você poderá entrar em contato a qualquer momento com a pesquisadora Priscila Leite Gonçalves pelo telefone: (11) 95443-

8628 ou e-mail: priscilagoncalves@usp.br. Caso tenha dúvidas sobre os aspectos éticos da pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH-IPUSP) da Universidade de São Paulo pelo telefone: (11) 3091-4182 ou e-mail: ceph.ip@usp.br. Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, Bloco G, 2º Andar, sala 27 - Cidade Universitária, São Paulo/SP, 05508-030.

Caso você **não** responda este e-mail, entendi que **não autoriza** a utilização de suas respostas na pesquisa, o que não lhe trará prejuízo algum.

Assim, ao **responder este e-mail e concordar com este texto**, você **autoriza** a utilização das respostas do seu questionário, cujas informações agregadas não revelarão dados que possam lhe identificar, tendo garantido o sigilo e sua privacidade.

Sem mais para o momento, desde já agradeço a atenção dispensada e me despeço respeitosamente.

Priscila Leite Gonçalves

CRP: 06/109398

Nº USP: 8632987

E - Orientações para acesso à plataforma de videochamada Google Meet – depoentes

Prezada, boa tarde.

Agora que já temos o dia e horário agendado para a nossa entrevista, encaminho o link para acesso à nossa videoconferência, e basta clicar nesse link no dia X* às X* horas:

https://meet.google.com/X*

Como mencionei anteriormente, por razões de segurança da informação e confidencialidade, utilizaremos a plataforma Google Meet para a entrevista. Se você for acessar pelo celular, será necessário baixar o aplicativo gratuito Hangouts Meet. Em caso de dúvidas, estou à disposição a qualquer momento pelo telefone (11) 95443-8628.

Eu estarei disponível para a nossa entrevista a partir das X* horas, caso você queira iniciar nosso encontro antecipadamente e testar a plataforma.

Abaixo seguem algumas recomendações:

- Encontrar um ambiente que garanta a sua privacidade dentro do possível, para que não seja interrompido(a) durante nossa entrevista;
- Deixar próximo a você um carregador do dispositivo que for utilizar (celular, notebook).
- Em caso de problemas com a conexão que impossibilitem a entrevista, faremos o reagendamento de nossa videochamada.

Abraços e até breve!

*Nota: as informações preenchidas com X foram oportunamente atualizadas.

F - Roteiro de entrevista semiestruturada

Pergunta disparadora que orientou o depoimento dos profissionais e das pessoas idosas:

Fale livremente sobre o cuidado e a atenção à saúde da pessoa idosa a partir de suas experiências nos serviços de saúde, antes e depois da pandemia.

**G – Questionário do Curso de Educação Permanente - Projeto REDE SAMPA –
Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa**



PROJETO REDE SAMPA - ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À PESSOA IDOSA

Atividade de Avaliação da Unidade "Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa"

*Obrigatório



Nome *

Sua resposta

Idade *

Sua resposta

Profissão e local de trabalho *

Sua resposta

Turma *

- Sul 1
- Sul 2
- Sul 3
- Leste 2
- Sudeste 2
- Sudeste
- Norte
- Oeste
- Centro

Escreva uma narrativa sobre sua experiência com uma pessoa idosa atendida em * sua unidade. Revisite os acontecimentos, buscando contar como se deu a procura por atendimento por parte da pessoa idosa (procura espontânea? com agendamento? acompanhante de outro usuário?), como foi realizado o atendimento pela equipe, e enriqueça a narrativa com seus sentimentos.

Sua resposta

Próxima

Limpar formulário

Relacione esta experiência que acabou de compartilhar com um tema trabalhado * nas aulas de Atenção Psicossocial à Pessoa Idosa. Quais discussões das aulas podem contribuir para melhorar o entendimento e o atendimento desse caso?

Sua resposta

Finalmente, conte o que você espera do futuro a partir do que discutimos sobre o * processo de envelhecimento nas aulas (preconceito, cuidados territoriais, políticas públicas, seu próprio envelhecer).

Sua resposta

OBRIGADA!



Voltar

Enviar

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

