



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

SINARA PINHEIRO CORTEZ

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A
SAÚDE DO IDOSO E O ENVELHECIMENTO

ESTUDO REALIZADO EM PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

FORTALEZA

2014

SINARA PINHEIRO CORTEZ

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A
SAÚDE DO IDOSO E O ENVELHECIMENTO

ESTUDO REALIZADO EM PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Ciências Sociais, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Ciências Sociais.

Orientador: Professor Domingos Abreu

FORTALEZA 2014

SINARA PINHEIRO CORTEZ

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE
A SAÚDE DO IDOSO E O ENVELHECIMENTO

ESTUDO REALIZADO EM PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Monografia submetida à Coordenação do
Curso de Ciências Sociais, da Universi-
dade Federal do Ceará, como requisito
parcial para obtenção do grau de bacharel
em Ciências Sociais.

BANCA EXAMINADORA

Professor Domingos Abreu

(Orientador)

Universidade Federal do Ceará

Resumo

O presente estudo teve como objetivo avaliar as percepções dos profissionais da saúde sobre a saúde do idoso e o envelhecimento, por meio dos recursos metodológicos de entrevistas e observação participante. Apresentamos inicialmente o histórico do plano de saúde, os Programas de Prevenção e Assistência voltados à saúde do idoso, seguindo o estudo das falas dos profissionais e suas representações, com foco no comportamento e nas relações estabelecidas, a partir das visões sobre o ambiente em que estão inseridos.

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador, ao plano de saúde no qual trabalho que possibilitou o acesso às informações e aos profissionais da saúde que permitiram a realização do estudo a partir da aplicação de questionários.

Meus sinceros agradecimentos à minha família e ao meu querido e amado filho, maior estímulo da minha vida.

Sumário

Introdução	7
1. Breve histórico de um plano de Saúde Suplementar.....	11
1.1 Programas de Prevenção e Assistência direcionados ao cuidado da saúde do idoso e seus objetivos.....	11
1.2 Profissionais da saúde e seus papéis.....	14
1.3 Relação entre equipe multidisciplinar com os pacientes e os familiares.....	17
1.4 A trajetória de vida dos profissionais diferencia suas relações com os pacientes.....	21
2. O processo de envelhecimento e sua dinâmica social.....	24
2.1 Alterações nas relações sociais com o envelhecimento.....	24
2.2 Um olhar dos profissionais da saúde sobre o envelhecimento.....	28
2.3 As práticas sociais no comportamento do idoso.....	31
2.4 A importância da família e das relações afetivas para o idoso Abandono e exclusão do idoso.....	33
2.5 Abandono e exclusão do idoso.....	34
2.6 Influências do contexto econômico e trajetória de vida na velhice.....	41
2.7 O cuidado com a saúde do idoso, um comparativo na rede pública e privada.....	43
3. A visão dos profissionais da saúde sobre a finitude da vida	45
3.1 A morte e a sua configuração social.....	46
3.2 A influência da religião no imaginário coletivo dos profissionais sobre a morte.....	48
4. Perspectivas para o futuro	50
4.1 Envelhecimento.....	50
4.2 A saúde do idoso.....	53
Considerações finais	56
Anexos:	
Roteiro de entrevistas.....	58

Introdução

O objetivo ao qual se destina o presente trabalho surgiu a partir do exercício da atividade administrativa em um plano de saúde suplementar, pois possibilitou o contato com os profissionais da saúde que trabalham com o público idoso. Para a concepção do trabalho, consideramos que os objetos de estudos têm sua origem a partir das nossas vivências cotidianas e instigam a análise crítica alinhada ao conhecimento sociológico.

Segundo Ecléa Bosi, nossas percepções são interpretadas a partir do espaço limitado, construído a partir de nossas experiências. Assim, para ela, as relações que temos permeiam nosso “processo de estereotipia”.

É preciso, quando se estudam os comportamentos humanos refletir sobre a realidade e sobre as produções sociais dos estereótipos para que o trabalho do cientista social não se reduza à reprodução do senso comum produzido pelos atores e assim seja relativizada a verdade destes atores. De mesmo, é necessário desvencilhar o trabalho de investigação das opiniões do pesquisador, por mais que se tenha consciência da impossibilidade de uma leitura totalmente neutra do mundo social.

Segundo Durkheim (1900, p.648), a vida social é feita essencialmente de representações e resultam do substrato dos indivíduos associados. Seguindo este princípio, esse trabalho tem o objetivo de analisar as representações dos profissionais da saúde que compõem a Equipe Multidisciplinar do plano de saúde a respeito das questões da velhice e da saúde do idoso.

Paralelo ao conceito de representação social, consideramos a definição de Pesquisa Social, conforme Minayo, que a define como:

[...] os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. Como quaisquer fenômenos humanos, investigações sociais estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente concatenadas. Pesquisas nascem de determinado tipo de inserção no real, nele encontrando razões e objetivos (Minayo, 2010, p.47).

Comecei a trabalhar em um plano de saúde, no ano de 2007, como assistente administrativo. O trabalho é realizado na parte burocrática do plano e é direcionado aos Programas de Assistência ao público idoso, seja na forma preventiva ou assistencial. Essa experiência permitiu contato de forma direta e indireta com pacientes, com familiares de idosos e com a equipe multidisciplinar que realizava os atendimentos. Assim, foi possível vivenciar situações de dificuldade, de cuidado e principalmente a alavancar questionamentos referentes ao processo de envelhecimento e os cuidados com saúde do idoso.

Com base nas representações coletivas e no conceito de pesquisa social, aliados à nossa convivência diária com a equipe de profissionais da saúde, foi possível identificar que os discursos e comportamentos destes profissionais resultam em elementos ricos e passíveis de interpretação sobre o contexto de suas relações sociais com o universo do idoso.

Este estudo tem como objetivo avaliar as representações sociais dos profissionais da saúde no cuidado à saúde do idoso, com base na análise qualitativa dos dados coletados, a partir da entrevista de seis profissionais da saúde, no ano de 2013 em um plano de saúde suplementar.

Perfis dos profissionais entrevistados:

PROFISSÃO	IDADE	SEXO	ESPECIALIZAÇÃO	TEMPO DE PROFISSÃO
Enfermeira	29 anos	F	Enfermeira, com especialização em terapia intensiva em andamento.	7 anos
Assistente social I	35 anos	F	Assistente social, com especialização em auditoria e hospitais.	8 anos
Assistente social II	47 anos	F	Assistente social com especialização em andamento em gerontologia.	9 anos
Psicóloga	33 anos	F	Psicóloga, com formação em gestalt, com especialização em neuropsicologia.	9 anos
Médico I	54 anos	M	Médico, com especialização em homeopatia e Saúde da Família e mestrado em gestão de saúde em andamento.	30 anos
Médico II	45 anos	M	Medico, com especialização em medicina da família e comunitária e em geriatria.	18 anos

Avaliamos as entrevistas, com base no conceito de Minayo sobre as representações sociais que segue abaixo:

Representações sociais é uma expressão filosófica que significa a reprodução de percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais, são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. As percepções são consideradas consensualmente, por todas as correntes de pensamento, como parte da construção da realidade (Minayo, 2010, p.219).

As representações sociais manifestam-se em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e se rotinizam, portanto podem e devem ser analisadas. Mesmo sabendo que o senso comum traduz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial frequentemente contraditória, ela possui graus diversos de clareza. [...] Com o senso comum, os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos (Minayo, 2010, p.237).

As falas dos profissionais retratam o senso comum do grupo entrevistado sobre a velhice e sobre a forma como interpretam e interagem com a realidade.

Do ponto de vista da metodologia utilizada para captar as representações sociais destes profissionais, procedemos da forma como relataremos agora. Em primeiro lugar, solicitamos ao plano de saúde a autorização para entrevistar os profissionais e citar alguns documentos internos ao serviço.

As entrevistas foram feitas no próprio ambiente de trabalho, nos horários que eles tinham disponíveis. Apesar das entrevistas terem sido feitas na sala de trabalho comum ao grupo, cada profissional foi entrevistado individualmente e de forma isolada para que os colegas não ouvissem a opinião dos entrevistados. As entrevistas foram feitas usando um roteiro de perguntas e as respostas foram anotadas pela pesquisadora (o roteiro de entrevista pode ser encontrado em anexo).

Lembramos ainda que existe uma relação de trabalho entre a entrevistadora e os entrevistados, o que certamente influenciou nas respostas dadas. Consideramos que alguns podem ter omitido certas opiniões tentando proteger sua imagem pública, em geral cremos que o fato de trabalharmos juntos permitiu mais transparência das respostas, haja vista, que o pesquisador conhece a rotina dos colegas e que isto limita as tentativas de omissão das opiniões.

A vivência da pesquisadora como funcionária do plano de saúde (como já relatado acima) há mais de seis anos permitiu ainda uma participação observante do funcionamento da estrutura de trabalho e, sobretudo da rotina dos colegas. Tivemos ainda muitos contatos com os usuários do plano ao longo destes seis anos (a grande maioria por telefone). Esta experiência nos permitiu ter uma ideia da dinâmica na qual o doente, o profissional, sua família e seus cuidadores interagem, permitindo uma maior objetivação do trabalho realizado.

1. BREVE HISTÓRICO DE UM PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O cuidado com a saúde na sociedade brasileira encontra-se dividido entre o setor público e o setor privado. O presente trabalho foi realizado em uma operadora de plano de saúde suplementar, conforme definição:

A saúde suplementar pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde. Estão presentes dentro do cenário da Saúde Suplementar no Brasil o governo – representado pelo Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – além das operadoras de planos privados, as seguradoras e os prestadores de serviço de assistência a saúde (Grifos no original. Fonte: <http://fbh.com.br/home-institucional/o-que-e-saude-suplementar/>).

A operadora do plano de saúde, no qual foi realizado o presente trabalho, foi criada em 1979 com o objetivo de oferecer assistência médica e odontológica aos seus beneficiários. A Empresa desenvolve também em suas atividades programas de prevenção e promoção da saúde, oferecendo serviços voltados ao cuidado com a saúde do idoso e com foco na prevenção de doenças. Direcionamos a análise aos dois programas que realizam ações, com intuito de promover qualidade de vida, direcionadas à população idosa do plano: o Programa Amigo da Família e o Programa Promovendo Saúde.

1.1 Programas de Prevenção e Assistência direcionados ao cuidado da saúde do idoso e seus objetivos

O cuidado com a saúde ocorre através de ações educativas, direcionadas ao autocuidado e por meio do gerenciamento de pacientes crônicos. Todas essas ações são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, objetivando, segundo o Plano em tela, o envelhecimento saudável. Baseando-nos em informações da Operadora do Plano de Saúde seguem descritos abaixo os programas direcionados aos beneficiários idosos:

Promovendo Saúde: ocorre através de encontros mensais com duração aproximada de duas horas, baseados no Calendário Anual do Ministério da Saúde, tais como: realização de palestras, prestação de serviços básicos de saúde, distribuição de materiais informativos, orientações através do portal

da Operadora, além da condução de grupos que reúnem pessoas com características e objetivos comuns, no caso o Grupo Vitalidade, direcionado ao público com idade a partir de 60 anos. É possibilitado ao público, a oportunidade de cuidar da saúde bio-psico-social-espiritual, por meio da participação em atividades diversas. São desenvolvidas ações coordenadas por profissionais com experiência na área de envelhecimento humano, que tenham como premissa enxergar o sujeito de forma global, favorecendo a percepção do equilíbrio entre a mente e o corpo, através de atividades reflexivas, físicas, artísticas, culturais e sociais com foco no autocuidado, resgate e manutenção da autonomia do indivíduo idoso. Os encontros promovem momentos de descontração, interação, integração, desinibição. Conta-se ainda com parcerias de profissionais das áreas alternativas: dança, música e teatro para as atividades que envolvam essas referidas áreas. Abrangência geográfica do programa: Fortaleza (Documento interno da empresa).

O objetivo do Programa Vitalidade busca inculcar a conscientização de práticas que proporcionem melhorias na qualidade de vida, bem como um processo de envelhecimento saudável das pessoas, utilizando-se de momentos de integração e socialização. Assim, são discutidas situações comuns vivenciadas no dia-a-dia, com o intuito de trabalhar a vulnerabilidade, a elevação da autoestima. Esta dinâmica do Programa tem o objetivo, segundo os documentos internos, a ampliação do vínculo entre a equipe e o idoso.

Oficialmente, a proposta do Programa é o desenvolvimento de atividades físicas adaptadas às necessidades do público da terceira idade, proporcionando a melhoria do equilíbrio motor, o aumento da amplitude articular, o aumento da força e da resistência, favorecendo uma melhor independência e autonomia para a realização das atividades do cotidiano.

O Programa Vitalidade oferece ainda atividades terapêuticas que supostamente devem servir para resgatar a autoestima e a autoimagem de cada um, além de facilitar a aceitação do novo estilo de vida decorrente do processo de envelhecimento.

Os temas das palestras e debates são relacionados à saúde na terceira idade e realizados através de oficinas grupais, e, segundo a lógica do Programa, incentivam a criatividade, a memória, a motivação e a nutrição, entre outros. São realizadas atividades físicas e de consciência corporal tais como, alongamentos, caminhadas, gincanas adaptadas ao público da terceira idade com foco nos benefícios da atividade física para a saúde e atividades

alternativas com utilização de recursos lúdicos tais como jogos, cinemas, músicas e textos contextualizados com a realidade do público em questão com foco numa reflexão que proporcione aprendizado e crescimento pessoal.

O programa está em funcionamento desde 2009 e vários temas, relacionados à saúde já foram abordados. Um exemplo de tema abordado foi “Envelhecer, que bom poder” para falar do processo de envelhecimento.

Em dezembro durante o período natalino, o encontro dos participantes do Programa Vitalidade é comemorado em instituições de acolhimento de crianças ou idosos. Cada participante contribui com doações como: brinquedos, alimentos e produtos de higiene para ajudar a essas pessoas.

Pudemos observar que a cada três meses de encontro, realizam-se atividades de acompanhamento do estado de saúde desse público com ações básicas como, medição de pressão arterial, teste de glicemia capilar, cálculo do índice de massa corpórea e orientação médica.

Notamos ainda que parte das atividades é realizada em um clube particular da cidade de Fortaleza. Também são feitas parcerias com os locais onde acontecem trabalhos externos, tais como hotéis, cinema, teatros, centros culturais, instituições filantrópicas e parques dessa cidade. O lanche oferecido no encontro a cada encerramento possui cardápio diferenciado com opções saudáveis de alimentação e com orientação da nutricionista.

Direcionado ao público idoso existe também o Programa Amigo da Família, de acordo com definição fornecida pela Operadora do Plano de Saúde abaixo:

Programa Amigo da Família – Acompanhamento de beneficiários portadores de patologias crônicas, com dificuldade de locomoção, por meio de visitas domiciliares dos seguintes profissionais: médico, enfermeira e assistentes sociais. Tem o objetivo de orientar pacientes e familiares na busca de comodidade e conforto para o paciente, acompanhando suas demandas e necessidades, fornecendo suporte técnico e assistencial. Abrangência do programa: Fortaleza, Recife e Salvador (Documento interno da empresa).

O ingresso no Programa Amigo da Família é realizado através da análise do histórico de utilização de serviços, procedimentos, internações, serviços domiciliares do beneficiário, juntamente com a análise dos critérios clínicos. É necessário ter um

custo assistencial anual igual ou maior a R\$ 10.000,00, não devendo ser um custo pontual, apresentar dependência parcial ou total para as atividades da vida diária, ou ter diagnóstico com as seguintes patologias: demência, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, parkinsonismo, neoplasia maligna e insuficiências (cardíaca ou respiratória ou hepática ou renal crônica).

Para a Operadora do Plano a prevenção é um artifício de redução de custo assistencial dos pacientes, mesmo que a longo prazo, sendo assim uma forma de atenção de baixo custo evitando a instalação de doenças crônicas e diminuindo a necessidade de procedimento de altos custos.

Segue para conhecimento a tabela referente ao ano de 2013 com a quantidade de assistidos e a redução de custo por paciente gerada pelo Programa Amigo da Família.

INDICADOR	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Média/Ano
Programa Amigo da Família: Economia do Custo <i>per capita</i> (%)	23,45	19,23	15,26	4,12	7,66	12,56	12,01	13,44	18,33	20,95			14,70
Programa Amigo da Família: Total de assistidos	256	257	258	262	262	259	256	255	247	249			256
Programa Amigo da Família: Número de Assistidos (Fortaleza)	184	185	184	187	187	185	182	179	173	175			182
Programa Amigo da Família: Número de Assistidos (Recife)	45	45	47	47	47	47	46	47	45	44			46
Programa Amigo da Família: Número de Assistidos (Salvador)	27	27	27	28	28	27	28	29	29	30			28

Podemos notar que de forma geral este programa permitiu a Operadora do Plano de Saúde uma economia média anual de 14.7% dos seus gastos. Concluímos que se o programa pode parecer benéfico para a Operadora ele é, sobretudo uma forma de redução de custos.

1.2 Profissionais da saúde e seus papéis

A equipe multidisciplinar é responsável pela assistência aos pacientes idosos e pela concretização da realização dos programas. Os profissionais possibilitam o vínculo entre a Operadora e os pacientes e, como veremos adiante, eles consideram suas atividades essenciais para a contribuição de uma melhor qualidade de vida na velhice. Além disso, exercem a sua profissão, acreditando que ajudam a criar e fortalecer perspectivas de encarar o envelhecimento de uma forma positiva.

A equipe multidisciplinar realiza o acompanhamento domiciliar dos pacientes é dividida nas seguintes profissões: médico, enfermeira, assistente social e psicóloga.

Os médicos realizam o diagnóstico clínico dos pacientes, orientando quanto ao suporte de medicamentos, solicitando exames e tratamentos necessários em domicílios como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e fornecendo suporte clínico para controle, evitando o agravamento das doenças.

O papel da enfermeira é avaliar as condições gerais dos pacientes e orientar a família nos cuidados com manuseio de sondas, com as úlceras de decúbito que surgem devido ao idoso permanecer muito tempo acamado. A enfermeira sinaliza ao médico sobre os serviços de que o paciente esteja necessitando.

As assistentes sociais intermediam o contato entre o Plano de Saúde e os pacientes, oferecendo serviços que proporcionam melhor qualidade de vida dos pacientes, conforme as regras de autorização da Operadora. As assistentes sociais exercem o papel de ouvinte das famílias, de suas necessidades e administram situações de estresse em que as famílias não querem cuidar do idoso ou que exigem que o Plano de Saúde proporcione tratamento integral do paciente fora das regras de autorização da Empresa. Desse modo, com o objetivo de evitar processos judiciais, buscam realizar negociações.

O papel da psicóloga é intervir quando necessário em casos sinalizados por outros profissionais que necessitem de acompanhamento psicológico, com intuito de avaliar a capacidade de integração do paciente com meio em que vive. Sua função também está direcionada à organização de palestras e oficinas que são realizadas no Programa Vitalidade, com o objetivo de difundir o ideal de envelhecimento saudável e assim ter uma perspectiva de mudança de comportamento, através da divulgação de informação, buscando fazer com que o idoso se sinta mais inserido na sociedade e evitando assim quadros de isolamento e depressão que no entendimento da profissional agrava o estado clínico dos pacientes.

A equipe multidisciplinar com seu conhecimento técnico considera que contribui para qualidade de vida do paciente, no que se refere ao quadro clínico e psíquico, ressaltando a importância do cuidado ocorrer de forma global abrangendo todos os aspectos do indivíduo enquanto ser humano e fortalecendo novas perspectivas sobre o envelhecimento, como segue nos depoimentos dos profissionais:

Sim. Nossa área trabalha com prevenção e assistência, através dos programas pode melhorar a saúde e qualidade de vida, oferecendo recursos que ajudam aqueles pacientes restritos ao leito. Nosso intuito é com os serviços que a Empresa oferece, seja aliviado o sofrimento e a as limitações físicas e mentais (Assistente social I).

Eu acredito que faz diferença sim. A equipe multidisciplinar com vários profissionais. A psicologia ajuda muito na saúde emocional, mostrando para as pessoas o quanto é importante ter equilíbrio emocional. Contribuo nesse sentido (Psicóloga).

Realizo uma atividade que me identifico totalmente e considero que diante das trocas, eu que saio ganhando em aprendizado de vida. A enfermagem é essencial para o atendimento para os idosos, principalmente para os acamados, onde pequenas ações podem ter grandes impactos na prevenção de agravos e melhoria de qualidade de vida (Enfermeira).

Para trabalhar com saúde tem que ser mesmo equipe multidisciplinar: médico, terapeuta ocupacional, assistente social, dessa forma se consegue ajudar mais o paciente, facilitando o seu encontro com a saúde. A psicologia vem mostrar a importância do equilíbrio e que grande parte das doenças são somatizadas. Quando a pessoa não reflete seus comportamentos, o corpo não agüenta e o corpo fica emocionalmente adoecido. A psicologia vem conscientizar a importância que um emocional equilibrado tem no processo de cura e que a medicação faz mais efeito, o quadro do paciente fica mais estabilizado (Psicóloga).

O “médico II” orienta os seus pacientes a terem uma vida ativa. Por exercer atividade também de professor, incentiva aos seus alunos a não perceber o idoso de forma limitada, estimulando o respeito, dessa forma avalia que contribui para que a sociedade veja a velhice de outra forma. Estes dois exemplos dão indicações das representações deste profissional sobre a velhice. Segue trecho da entrevista:

Contribuo com minha atuação de várias formas. Como professor, trabalho um novo olhar, com intuito de acabar com infantilização do idoso. Tem um carinho especial pelos idosos, mas tento passar isso para os alunos para estimular a capacidade funcional e autonomia, trabalhando com novas perspectivas de envelhecimento saudável, que tem a ver com a capacidade de adaptação, pois mais felizes eles serão se andarem com duas próprias pernas. Tenho o sentimento de estar contribuindo para a qualidade de vida, principalmente através da informação com a busca da qualidade de vida. Os

conceitos de saúde mudaram, enquanto houver a capacidade funcional e autonomia pode-se realizar atividades. É gratificante e faz diferença abrir os olhos dos idosos, não podem ser excluídos, como exemplo as redes sociais. Têm idosos fazendo muitas coisas e podem muito mais. Tento me aproximar o máximo possível para dar um suporte medicamentoso, emocional e profissional, pois quanto mais próximo mais a família sente cuidada e apoiada, suportando melhor esse momento e enquanto profissional me sinto cumprindo meu dever. Coloco-me sempre no lugar do outro (Médico II).

1.3 Relação entre a equipe multidisciplinar com os pacientes e os familiares

A relação entre a equipe multidisciplinar com os pacientes e os familiares nos dá uma idéia de como são produzidas as definições dos papéis sociais e de responsabilidades de cada uma das partes. Cada profissional, de acordo com sua especialidade, busca tratar o aspecto do paciente que está em deficiência, seja biológico, psíquico ou social, atribuindo também responsabilidades ao paciente e aos familiares.

A análise das entrevistas demonstrou uma diferença de gênero na forma como as profissionais sentem a relação com seus pacientes. Percebemos que os profissionais da saúde de sexo feminino, refletem mais sobre a situação de seus pacientes, porém buscam manter o equilíbrio emocional e desvincular as vivências do ambiente profissional de suas vidas pessoais, como percebemos nos trechos das entrevistas abaixo, logo que são perguntadas se pensam nos pacientes fora da rotina de trabalho:

Penso sim, preocupo-me com eles, ligo no dia seguinte para saber se houve melhoras, mas considero isso normal, faz parte do trabalho que escolhi. Não vejo problema e isso não atrapalha meu dia-a-dia (Enfermeira).

Penso, quando vejo que ta prejudicando a vida pessoal, tento afastar os pensamentos (Assistente social II).

Penso, mas tento sair da realidade do trabalho, porque tenho minha vida e sou muito eu mesma. A psicologia exige uma sensibilidade, mas tento tirar a roupa de psicóloga. Penso, sinto, imagino, consigo acreditar que separo bem e os pensamentos vêm e vão (Psicóloga).

Encontramos a diferença na execução dos papéis sociais dos profissionais: a psicóloga e as assistentes sociais direcionam seu trabalho para as relações familiares de seus pacientes, enquanto a enfermeira e os médicos direcionam o tratamento para o aspecto biológico e individual do paciente, como detectamos nos trechos de entrevistas abaixo:

Procuro ajudar as famílias a entender aquele idoso, aprender a melhor forma de cuidar dele e isso tem impacto para uma condição de vida mais digna. Procuró principalmente preservar a identidade de cada um, chamando-os sempre pelo nome, olhando-os nos olhos, mesmo que muitos não me reconheçam (Enfermeira).

Quando é bem atendido sim, percebo a diferença disso para o idoso. Quando não é apenas uma consulta de 5 minutos, quando tem tempo para ouvir, dar atenção e valorizar as queixas dos idosos. Proporciono mais dignidade ao paciente e esse se torna mais fiel, vem em busca de atenção, que não tem em outro local. Procuró fazer terapia no atendimento, isso faz com que o idoso se sinta mais respeitado, como deveria ser com todo mundo (Médico II).

A psicologia retrata a importância do equilíbrio emocional, enxerga não no âmbito físico, mas no âmbito psíquico. A psicologia contribui para a saúde emocional do funcionamento do ser diante do mundo, tento fazer esse trabalho de ressignificados. Um exemplo é para as pessoas que não andam mais, mas que podem ser cadeirantes. Uma decepção que gere dor, tristeza, sofrimento, observar detalhes nas pessoas, pois cada ser é único, cada um tem suas peculiaridades, para facilitar a transformação e continuar a vida mesmo com a idade avançada (Psicóloga).

O trabalho é mais com as famílias do que com o idoso, procuró orientar a família, tento ajudar do ponto de vista financeiro, com que a Empresa oferece. Se a atuação fosse mais contínua poderia intervir mais na relação dos idosos, melhorando sua qualidade de vida, incentivando a retomada de atividades fora de casa, pois os idosos muitas vezes se isolam. Acredito que meu trabalho faz diferença na vida dos idosos proporcionando maior qualidade de vida de acordo com os direitos que eles possuem. A intervenção é mais assistencial, do que no comportamento (Assistente social I).

Percebemos que os médicos buscam hoje compreender e tratar o paciente em sua totalidade, mas ainda é significativo o apego ao diagnóstico clínico. Consideramos aqui a interpretação de Elias a respeito do papel dos médicos na vida social e

que é necessário compreender o paciente em seu aspecto social, ressaltando que é necessário ampliar o vínculo entre o profissional da saúde e o paciente.

Os médicos podem fazê-lo. Ou pelo menos podem tentar. Mas talvez mesmo eles ainda sejam em parte influenciados pela ideia de que os processos naturais são tudo que importa em seus pacientes. Mas nem sempre. Doutrinas rígidas não ajudam muito aqui. O que é decisivo é o conhecimento não dogmático do que é benigno e do que maligno na natureza. No presente, o conhecimento médico é em geral tomado como conhecimento biológico. Mas é possível imaginar que no futuro, o conhecimento da pessoa humana, das relações das pessoas entre si, de seus laços mútuos e das pressões e limitações que exercem entre si faça parte do conhecimento médico (Elias, 2001, p.95)

Quero complementar o diagnóstico médico tradicional com um diagnóstico sociológico, centrado no perigo do isolamento a que velhos e moribundos estão expostos (Elias, 2001, p.84).

Atualmente, percebemos que existe uma mudança de comportamento dos profissionais da saúde no atendimento aos clientes do plano de saúde, principalmente do médico, que tenta contribuir para mudança de comportamento das pessoas na velhice e ter um relacionamento mais próximo com o paciente, pois percebe que isso ajuda no tratamento. As entrevistas demonstraram que essa é uma mudança de perspectiva, mas que ainda apresenta resistências, devido ao papel social do médico ainda estar muito vinculado ao diagnóstico clínico do paciente, deixando o lado das relações humanas do indivíduo para a psicóloga e a assistente social.

A assistente social atua como ponte na comunicação entre a Operadora do Plano de Saúde e os responsáveis pelos pacientes, buscando orientar as famílias e manter a sustentabilidade da Empresa, como identificamos no trecho da entrevista:

Quando a família permite sugiro a morte em domicílio, é interesse da Empresa a qual trabalho, dentro do que é possível oferecer. Procuo me mostrar compreensiva e passar tranquilidade e segurança (Assistente social II).

No cotidiano dos profissionais da saúde, a pressão dos familiares é permanente no cuidado com os idosos, devido à dificuldade que a família apresenta em aceitar as limitações e ao novo quadro do paciente, que algumas vezes passa a ser dependente de terceiros para as atividades humanas básicas. Desse modo, caracte-

riza-se como um desafio aos profissionais trabalhar a aceitação nas famílias e apresentar essa nova realidade. Seguem as falas que representam os sentimentos dos profissionais diante da pressão dos parentes:

Os familiares são muito importantes, porém podem se tornar aliados do acompanhamento domiciliar ou podem realmente acabar prejudicando o serviço. Procuro sempre ter um bom convívio, procuro entender que o sofrimento de um ente querido acaba nos pondo em uma situação de estresse que leva essas pessoas a pressionarem o profissional. Acredito que essa pressão faz parte do trabalho (Enfermeira).

Sinto-me pressionada e cobrada, às vezes angustiada, tento separar o que posso fazer e o que não posso, de acordo com os limites e dependendo da decisão da Empresa (Assistente social I).

Em determinadas circunstâncias, me sinto impotente, pois a família necessita de certos recursos que não tem como suprir (Assistente Social II).

Para a equipe multidisciplinar é difícil lidar com a pressão dos familiares, pois muitas vezes isso interfere nos pensamentos dos profissionais que tentam evitar que isso prejudique o tratamento dos pacientes.

Os profissionais convivem diariamente com pacientes portadores de câncer, acidente vascular cerebral, DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) e Alzheimer, que são doenças crônicas sem perspectivas de melhora e com quadro clínicos terminais e consideram como dificuldade lidar com as situações de sofrimento. Sentem responsáveis por trazer esperança e conforto no momento de sofrimento, como segue nos trechos abaixo:

É sempre um desafio lidar com o sofrimento, seja ele físico ou mental. Como se trata de casos mais graves acredito que é mais fácil lidar quando o paciente é idoso do que quando é um paciente jovem ou uma criança por exemplo (Enfermeira).

É preocupante do ponto de vista se visualizando na situação, procuro não envolver meus sentimentos pessoais. É um desafio, pois é um momento delicado, pois muitas vezes o paciente já sabe que vai morrer. Tento lidar com o paciente de uma forma para amenizar o sofrimento (Assistente Social II).

Essas situações são de extrema fragilidade, com limitação da saúde. São doenças crônicas, com pouca expectativa de cura e melhora. Sinto que dou esperança para as pessoas com sentença de morte, dar esperança, pois ainda existe vida, tento passar que isso é só uma parte da vida, que ainda possuem família e amigos. Tento fazer com que tenham esperança mesmo sendo um caminho sem volta. É muito difícil, pois o tratamento de câncer é muito doloroso e é muito complicado, pois às vezes os pacientes terminais se recusam até a ligar a TV, tento colocar um programa, um filme, ou outras coisas que goste, para que seja um momento de respirar (Psicóloga).

1.4 A trajetória de vida dos profissionais diferenciam sua relação com os pacientes

O histórico de vida e a trajetória profissional da equipe multidisciplinar influenciam na formação de conceitos sobre o ambiente social onde estão inseridos e suas interpretações da realidade. De acordo com Giddens:

O conceito de estrutura social é importante na sociologia. Ele se refere ao fato de que os contextos sociais de nossas vidas não consistem apenas em conjuntos aleatórios de eventos ou ações. Há regularidades nos modos como nos comportamos e nos relacionamentos que temos uns com os outros. Mas a estrutura social não é como uma estrutura física, como um edifício que existe independente das ações humanas. As sociedades humanas estão sempre em processo de estruturação. Elas são reestruturadas a todo o momento pelos próprios “blocos de construção” que as compõem os seres humanos como você e eu (Giddens, 2005, p. 27).

Os profissionais, no caso os médicos, com experiência no Programa Saúde em Família, que foi desenvolvido pelo Governo Federal, onde a família passa a ser o objeto de atenção, apresentam maior vínculo com os pacientes, devido ao trabalho já que exerceram, como segue trechos de entrevistas:

Quando trabalhava no PSF, pensava muito mais, pois acompanhava mais de perto, era convidado para aniversários. Levo alguns problemas para casa e tento resolver. Como professor, penso e fico preocupado com pacientes que falam em suicídio, faço algumas intervenções no Nami(Unifor) , tento fazer algo a mais, não posso falar que é para todos, porque não tem co-

mo absorver tudo. Na Unifor é muita coisa pesada, casos de violência, casos que mexem e deixam pensativo, muitas coisas só resta orar. A vontade surgiu quando começou a gostar do PSF, em 2000, foi aí que me interessei e me identifiquei. Resolvi estudar e me especializar em saúde do idoso e geriatria. Realizo um trabalho voluntário em um Centro espírita Lar de Clara na Operadora do Plano de Saúde, com Programa promovendo Saúde e na Faculdade Unifor como professor universitário ministrando a disciplina que atende os idosos com os alunos (Médico II).

Trabalho no Programa Amigo da família, como visitador de pessoas cuja grande maioria é composta por idosos e durante a minha vida profissional, quando trabalhei no programa saúde da família pelo SUS estive a frente de muitos grupos de apoio ao idoso. Acredito que vivo essa realidade da saúde do idoso desde 1995, quando comecei com o PSF em princípio na cidade de Quixeramobim. Não houve um desejo, apenas comecei a fazer o trabalho e ele foi aparecendo na minha frente (Médico I).

Observamos diante das entrevistas que o percurso de vida do profissional direciona seu comportamento e sua visão de futuro. Os profissionais que iniciaram suas atividades para cuidado da família desenvolveram maior sensibilidade para as relações familiares dos idosos.

Os profissionais entrevistados construíram seus saberes de acordo com suas escolhas. Giddens (2001, p. 27) explica que os “ambientes sociais dos quais viemos têm muito a ver com os tipos de decisões que achamos apropriadas.”.

Com as entrevistas percebemos que os profissionais médico/enfermeira exercem a atividade que escolheram após a formação acadêmica. O médico II, por exemplo, após trabalhar no Programa Saúde em Família teve o desejo de continuar a trabalhar com o público idoso, destacamos abaixo trechos da entrevista:

Trabalho com o que desejava: idoso, mesmo com especialidade sendo UTI (Enfermeira).

No início percebi que o oftalmologista tem pouco contato com as pessoas, não conhece os pacientes. Após trabalhar no PSF me encantei e me senti mais médico. Passei 10 anos no PSF e tentei me especializar para aplicar o conhecimento. Chegou um ponto que tive o desejo de ser professor também, isso mudou o objetivo inicial que era oftamologia. Os meus objetivos estão sendo atingidos, que é trabalhar com pessoas (Médico II).

As profissionais assistentes sociais e psicóloga possuem objetivos ainda de trabalhar em ambiente hospitalar, sendo sua atividade atual consequência de sua trajetória na Empresa. Discriminamos os trechos das entrevistas dos profissionais sobre a área de interesse após a formação acadêmica:

O desejo de trabalhar com os idosos foi consequência. Trabalho com Programa Amigo da Família há nove anos. Foi consequência do envolvimento com a empresa, estando há 23 anos na Empresa, com experiência em atendimento e com formação em Serviço Social, a Empresa solicitou e começou a trabalhar com os programas (Assistente Social II).

Queria trabalhar com área de Saúde Hospitalar. Trabalho com os Programas: Amigo da Família, Saúde em Casa, Cuidar, Promovendo Saúde. Acabou sendo uma consequência das atividades, foi uma área que me encantei, pois aprendi muito com os idosos. Tento mostrar que eles podem ainda ganhar conhecimento e é gratificante receber sorrisos (Psicóloga).

Desde 2007. Programa Amigo da família, Programa Saúde em Casa. Não surgiu o desejo, foi uma adequação (Assistente Social I).

2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SUA DINÂMICA SOCIAL

O envelhecimento populacional configura uma nova realidade social, que se consolida através de mecanismos que reconhecem essa nova dinâmica, como identificamos através da normatização e práticas sociais que reconhecem a necessidade de mudanças. Nesse sentido, percebemos a criação de leis, estatutos e espaços específicos que possam abranger essa parcela da população. Gomes (2001) faz referência a essas alterações no convívio social de acordo com a nova realidade social:

Com base nessa nova representação é que a partir do final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, começam a serem criados programas que vêm permitindo às pessoas idosas maior penetração social. Neste período surgem o Núcleo de Estudos da Terceira Idade ligado à Universidade Federal de Santa Catarina e a Escolas Abertas da Terceira Idade do SESC- primeiro esboço da Universidade da Terceira Idade. Mas só no início dos anos de 1990 foi criada a primeira Universidade da Terceira Idade, na Pontifícia Universidade Católica de Campinas- PUCAMP, iniciativa que se espalhou rapidamente por todo país (Gomes, 2001, p.216).

Diante do novo quadro de envelhecimento, foi necessário regular através de estatuto e Lei para garantir os direitos dos idosos como, por exemplo: Estatuto do Idoso e Lei 8842 - Política Nacional do idoso, que buscam garantir atendimento diferenciado e preferencial, destinar recursos para a geriatria e gerontologia, e criação de programas para proteger da discriminação e violência.

As novas regras sociais afetam o âmbito das relações sociais dos indivíduos e cria no imaginário coletivo visões a respeito do envelhecimento e suas conseqüências.

2.1 Alterações nas relações sociais com o envelhecimento

A vida social é regida por regras que são influenciadas por categorias. A idade, assim como as delimitações de sexo/gênero também é um aspecto constituinte da vida social, como definida por Britto da Motta (2001):

A idade, como bem conhece a antropologia, é um componente bio-sócio-histórico estruturador na organização das sociedades até com definição

simbólica forte. As gerações são parte da dinâmica coletiva, que impede e imprime continuidade social, e das esferas realizadoras ou participantes das relações de poder na sociedade. Impossível, portanto, ignorá-las ou menosprezar sua importância analítica, principalmente na construção de diferenças e de desigualdades sociais (Britto da Motta, 2001, p.195).

A idade na sociedade gera uma diferenciação de grupo social. A desigualdade de gerações é inerente nas relações de parentesco e suas diferenças se dispõem em momentos distintos, com oportunidades diversas, como nos lembra Bourdieu (1983):

[...] as aspirações das sucessivas gerações, de pais e filhos, são construídas em relação a estados diferentes da estrutura de distribuição de bens, e de oportunidades de acesso aos diferentes bens. [...] E muitos conflitos de gerações entre sistemas de aspirações constituídos em épocas diferentes [...] (Bourdieu, 1997, pg. 23).

A contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso é retratar a importância de considerar o ponto de vista dos idosos, o que eles consideram importante em suas vidas e como lidam com o mundo a sua volta e convivem com as limitações e perdas, como Uchôa retrata em seu artigo:

O estudo mencionado vem reafirmar a importância de compreender como o idoso vivendo em determinado contexto como percebe sua saúde, o que ele define como problema e que estratégias usa para resolvê-lo. Nele, reafirma-se também a importância de contextualizar suas reações frente às perdas físicas (auditivas, visuais ou motoras), afetivas ou mudanças sociais e econômicas que caracterizam o avançar da idade. Finalmente, se expressa, naquele trabalho, a necessidade de identificar os recursos (individuais e coletivos) disponíveis para que os idosos possam enfrentar estas dificuldades (Uchôa, 2013, p.852).

A importância de relativizar o bem estar do indivíduo é um ponto importante para a avaliação dos profissionais. Destacamos abaixo a fala de uma profissional, tornando as questões atinentes ao envelhecimento de acordo com as escolhas e percepções de cada indivíduo:

Qualidade de vida é algo tão peculiar quanto felicidade. O que me faz feliz pode não fazer outra pessoa feliz, portanto meu conceito de qualidade de vida não é igual ao conceito de outras pessoas. A busca pela qualidade de

vida para os idosos deve ser algo bem peculiar, voltado para cada caso. É preciso em primeiro lugar saber o que aquela pessoa gosta e como ela se sente bem, mas se isso não for possível, como para a maioria dos nossos pacientes, a qualidade de vida está em trazer o máximo de bem estar, carinho dos familiares e amenizar sofrimentos (Enfermeira).

Os Programas voltados ao idoso visam resgatar a autoestima, pois refletem a dinâmica do comportamento social que visualiza de forma considerável o idoso sob o aspecto de suas perdas ou diminuições funcionais, conforme Corin (1982,1985; citado por Uchôa, 2013, p.851): “ [...] é a partir da idéia de perda (perdas de papéis sociais, perda de capacidades intelectuais) que se estruturaram os programas destinados aos idosos.” A visão que Corin retrata em seu artigo é que é necessário o conhecimento da vida dos idosos e suas perspectivas e desejos. No Ocidente percebemos que o olhar direcionado a velhice é baseado na constituição orgânica do ser, já em algumas sociedades do Oriente, as pessoas mais velhas são consideradas com respeito e detentoras de conhecimento e não são criados espaços diferenciados para os idosos.

A configuração da velhice possui também, portanto, a variável cultural vista segundo Geertz na citação de Uchôa (2013):

[...] a velhice e o envelhecimento, deixaram de ser encarados como fatos naturais, para serem encarados como fenômenos profundamente influenciados pela cultura. [...] que se situa na origem desta corrente, define a cultura como sendo um universo de significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações. Para ele, a cultura é o contexto que torna inteligíveis os diversos acontecimentos e situações da vida, como por exemplo, limitações e perdas tão frequentes nesta fase da vida. Uma abordagem interpretativa do envelhecimento focaliza a interação entre parâmetros culturais, traços individuais e marcadores biológicos na construção de maneiras típicas de envelhecer e viver o envelhecimento (Uchôa, 2013, p.852).

Uchoa ressalta ainda a influência cultural na configuração social do idoso em sociedade:

Meyerhoff & Simic (1978) publicaram uma coletânea de estudos antropológicos sobre o envelhecimento. Em todos estes estudos, o envelhecimento é abordado como um fenômeno universal que gera problemas comuns mas

que podem ser vividos e resolvidos diferentemente através das culturas (Uchôa, 2013, p.852).

De acordo com a visão dos profissionais a velhice é uma fase de limitação biológica, que representa um cenário de alterações nas relações e muitas vezes perdas, como por exemplo, a aposentadoria, que distancia os seres do cotidiano de trabalho, mas que também pode significar como uma fase de conhecimento, na qual a experiência será sua principal premissa e o idoso pode contribuir significativamente ainda com a sociedade. Na percepção dos profissionais, destacamos os trechos:

O envelhecimento faz parte do processo natural da vida, mas é difícil aceitar as limitações impostas pelo mesmo. Acho que a ideia de passar a depender de outras pessoas para as atividades básicas da vida é de certa forma aterrizante. Como antes a expectativa de vida de um ser humano era pequena, considero que ainda não estamos preparados para o envelhecimento, nem para o convívio social com idosos, porém à medida que o número de idosos aumenta nas sociedades se faz necessário esse preparo (Enfermeira).

Com o envelhecimento vêm às doenças, as limitações, se perde a autonomia e por isso a importância de se ter um envelhecimento saudável. Existem exceções. Em uma sociedade ocidental o envelhecimento afeta muito ainda. As relações mudam, pois a vida não é estável, perdemos poder e nos tornamos mais distantes dos amigos (Assistente Social II).

A assistente social destaca a perda de poder com a velhice, revelando que a identidade de cada indivíduo e seu reconhecimento social é resultado da atividade que exerce.

A velhice também é interpretada como um momento da vida de maturidade e acúmulo de experiências, onde as relações se fortalecem como destacamos na visão da psicóloga e do médico:

O processo de envelhecimento é reta final da vida, com uma carga de experiência, o que pode contribuir e muito com o mundo como pessoa, usufruir de tudo que já contribuiu e aproveitar o mundo com que ele pode oferecer e ao mesmo tempo tem a limitação do idoso (Psicóloga).

O processo de envelhecimento é heterogêneo. As relações familiares se fortalecem, passam a entender melhor, compreender melhor. As relações que

o idoso mantém no trabalho se perdem muito, quando ele para de trabalhar, perde o ciclo de amizades de um dia para noite e em alguns casos a aposentadoria se torna até prejudicial. Ocorreu com minha mãe, quando se aposentou, não vê mais as amigas. A aposentadoria gera às vezes as perdas das relações sociais (Médico II).

O processo de envelhecimento é heterogêneo e variável em cada ser humano de acordo com Nobert Elias:

A maneira como as pessoas envelhecem, de sua maior dependência dos outros, da diminuição de sua força potencial, difere amplamente de uma para outra. Depende de outro curso de suas vidas e, portanto, da estrutura de sua personalidade. [...] Uma das formas de adaptação a essa situação é a regressão ao comportamento infantil (Elias, 2001, p.82).

O processo de envelhecimento é relativo e individual e irá depender de como o ser humano vê a vida e de sua própria história.

2.2 Um olhar dos profissionais da saúde sobre o envelhecimento

Atualmente a equipe de profissionais diz avaliar os pacientes de forma global, não mais direcionando o atendimento somente ao aspecto biológico do indivíduo, mas buscando alinhar o princípio de bem-estar baseado no cuidado com a mente e corpo. Essa mudança de paradigma é tratada segundo Lins de Barros (1998) citado por Gomes:

Os estudos sobre velhice, até quatro décadas atrás, estiveram relacionados às áreas de biologia e medicina e, raramente, às das ciências sociais. Nos países onde o envelhecimento populacional se tornava crescente, surgiram estudos relacionados à assistência social, ou seja, buscavam solucionar um problema social emergente. A visão da velhice, entretanto, ainda estava relacionada à doença, pobreza, aposentadoria e dependência (Gomes, 2001, p.207).

Percebemos que o discurso dos profissionais da saúde está direcionado a visão do tratamento do indivíduo em sua totalidade, englobando os aspectos psíquicos, sociais e biológicos, como podemos perceber na fala do profissional descrita abaixo:

Para trabalhar com saúde tem que ser mesmo equipe multidisciplinar: médico, terapeuta ocupacional, assistente social, dessa forma se consegue ajudar mais o paciente, facilitando o seu encontro com a saúde. A psicologia vem mostrar a importância do equilíbrio e que grande parte das doenças são somatizadas. Quando a pessoa não reflete seus comportamentos, o corpo não agüenta e fica emocionalmente adoecido. A psicologia vem conscientizar da importância que um emocional equilibrado tem no processo de cura, a medicação faz mais efeito, o quadro do paciente fica mais estabilizado (Psicólogo).

Alves (2007) analisa em seu artigo *Tempo de Plantar e de Colher*, que o cuidado hoje com os idosos, é voltado para as ações de prevenção e que o cuidado com indivíduo deve suprir além do aspecto biológico.

Na visão dos profissionais da saúde, as relações sociais do indivíduo e o modo como está inserido no meio em que vive, influenciam seu estado de saúde física. Diante disso, manter uma boa saúde física na velhice é essencial para ter uma vida saudável. O profissional da saúde, enquanto detentor de conhecimento torna-se responsável por incentivar um envelhecimento equilibrado, através de práticas de comportamento que estimulem o bem estar físico e mental. A análise dos discursos dos entrevistados demonstra que é possível existir qualidade de vida na velhice, seguem depoimentos:

Existe sim e considero que os que têm essa qualidade de vida são aqueles que aceitam bem o processo de envelhecimento, aceitam bem as limitações e aprendem a conviver com elas. Toda fase da vida apresenta limitações, a diferença é que na velhice as limitações são muito mais físicas. Acredito que hoje as pessoas buscam o envelhecimento saudável se mantendo sempre ativas (Enfermeira).

Sim existe claro. Qualidade de vida deve ser pensada do ponto de vista de cada fase. A qualidade de vida é ter o mínimo de autonomia e buscar atender todos os âmbitos da sua vida, tentar praticar atividade física, ter um bom relacionamento amoroso, pensar todos os lados com qualidade, se sentir útil, tomar decisões, ter autonomia e se apoderar das coisas de sua vida, não responsabilizando sua família ou o Estado. Sou eu que mexo e não se deve deixar a felicidade nas mãos dos outros. Se apropriar do que gosta, evitar dor no estado terminal. Os médicos têm muita expectativa de não deixarem seus pacientes sentirem dor. Existe qualidade de vida, que é busca do equilíbrio (Psicóloga).

O tema da velhice é abordado pelos profissionais da saúde e por estudiosos que buscam alternativas para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos. Entretanto, a velhice não é refletida sob o ponto de vista de cada ser humano, ainda é temida e negada pelos mais jovens e visualizada a distância pela maioria das pessoas. Como destacamos o relato do Médico II, abaixo:

Um dos problemas do envelhecimento é que se começa a pensar tarde nele e no desenvolvimento de uma vida saudável. O Adolescente não olha para o envelhecimento, o adulto visa o trabalho em primeiro lugar. As pessoas não arrumam tempo para cuidar da sua própria saúde, é cultural. O cuidado deveria ser desde criança, com alimentação saudável, as pesquisas indicam que lá na frente pode evitar muitas doenças. Envelhecimento saudável requer uma vida saudável, um cuidar do corpo, uma mudança cultural, e é influenciado pelas relações amorosas e familiares (Médico II).

O cenário de envelhecimento da população foi motivado pelas mudanças econômicas, pelo avanço da tecnologia no tratamento de doenças, e por consequência aumento da expectativa de vida, com as alterações nas relações familiares, que reduziu o número de filhos por casal, dentre outros aspectos. Desse modo, surgem as dificuldades e as vantagens de cuidar da saúde do idoso, revelando que existem grandes entraves sociais, que segundo um de nossos entrevistados, demonstra que o Brasil não está preparado para o envelhecimento e que cuidar do idoso poderia contribuir para o desenvolvimento do país:

Dificuldade: Falta de profissionais treinados. O Brasil envelheceu em torno de 30 anos, muito rápido. Não temos clínicas de especialização com foco no idoso. O Brasil ainda não está preparado para o envelhecimento. Vantagem: Acredito que o idoso possa ser uma mão de obra ativa, que poderia ser absorvida pela sociedade. Deveria haver maior integração entre jovens e idosos, pois eles têm muito a contribuir para sociedade com trabalho e formação dos adolescentes, como já acontecem em alguns casos que os avós cuidam dos netos, para os pais trabalharem. (Medico II).

Em seu artigo: Tempo de plantar e tempo de colher: as representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento, Alves (2007) avalia:

Do ponto de vista de intersecção entre a individualidade do sujeito e o processo coletivo de trabalhar com saúde e doença, é onde encontramos o

profissional da saúde uno indivisível que também constrói suas representações na convivência cotidiana, mas, por outro lado, tem o processo de formação profissional que lhe confere saber e autoridade na área da saúde. O conhecimento e a técnica profissional muitas vezes podem servir como proteção, diluindo sentimentos desconcertantes deste profissional que envelhece (Alves, 2007, p.740).

Dessa forma, percebemos que os profissionais também se distanciam do processo de envelhecimento e em poucas situações se visualizam como velhos, sempre tratando a velhice sob a perspectiva do outro e rara vezes de si mesmo.

2.3 As práticas sociais no comportamento do idoso

As práticas sociais são percebidas e identificadas de diferentes formas. Norbert Elias ressalta que o Estado cria as leis, porém isso não protege os idosos do isolamento:

Hoje nas sociedades industrializadas o Estado protege o idoso ou o moribundo, como qualquer outro cidadão, da violência física óbvia. Mas ao mesmo tempo as pessoas, quando envelhecem ficam mais fracas, são mais e mais isoladas da sociedade e, portanto, do círculo da família e dos conhecidos (Elias, 2001, p. 85).

Comparando o processo de isolamento, existe também a visão, potencialmente difundida de que idoso pode aproveitar sua vida de forma ampla e participar ativamente do convívio social, como evidencia Gomes (2001):

O saber especializado e os meios de comunicação de massa trazem a público as fórmulas do “como não ser velho”: estar ativo, participar das atividades de lazer - ginástica, artesanato, dança, teatro, passeios, festas etc. - que estão presentes nas propostas vigentes e que foram rapidamente assimiladas pelo mercado de consumo (Gomes, 2001, p. 217).

No cenário atual, encontramos nas reportagens, nos serviços oferecidos, leis existentes, novas práticas sociais nas relações com os idosos, como delimitado por Gomes (2001), nos trechos abaixo:

Os estudos recentes revelam mudanças, tanto no discurso sobre a velhice como nas representações sociais sobre o envelhecimento e nas práticas sociais. O envelhecimento populacional e o fenômeno de longevidade exi-

gem novas formas de pensar a velhice, pois estão em jogo redefinições não apenas de políticas públicas, mas das relações sociais, de gênero, familiares e econômicas. Há uma evidente mudança no papel social do idoso em nossa sociedade, o que tem demandado novas práticas sociais-programas, projetos, serviços, orientados para o idoso (Gomes, 2001, p.208).

Essa mudança do perfil etário da população, que traz particularmente à tona as categorias de idade/geração e sexo/gênero, reflete em outros aspectos da vida social que articulados dinamicamente produzem, ou melhor, vem produzindo a construção de uma nova identidade da velhice e têm possibilitando a participação do idoso em diversos setores da sociedade (Gomes, 2001, p.208).

No Brasil, percebemos o contraste do isolamento de alguns (descrito mais abaixo pelos profissionais) com essa nova visão de que a idade não deve ser vista como limitação. Estas duas visões do lugar do idoso, parecem coexistir, haja vista, que existem casos de isolamento dentro de suas próprias residências ou em asilos e casos cada vez mais difundidos em que os idosos estão participando mais do convívio social.

Podemos detectar essa mudança de práticas sociais e os contrastes nos discursos dos profissionais abaixo, quando falam tanto dos atendidos pelo plano como pelos que atendem em outros contextos profissionais:

É uma questão individual. Os mais ativos puxam movimentos sociais, são líderes comunitários, como acontece na comunidade do Dendê, no Cocó. Mas temos idosos invisíveis, que ninguém olha ninguém vê que se sentem a parte inclusive da família (Medico II).

Cada dia vejo mais os idosos inseridos. Ainda há uma barreira social, ainda há muitas barreiras econômicas, culturais, pois lido com idosos de diferentes classes e para cada uma dessas classes os momentos dos idosos são ainda muito diferentes. Vejo cada vez mais os idosos se agruparem em centros de convivência, clubes de dança, roda de amigos, saraus de poesias, sem falar que tenho muitos amigos pessoais que já transpuseram o limite da sexagenariedade e aí eu mesmo me vejo fazendo parte de alguns grupos junto com alguns idosos e aprendo muito com isso (Médico I).

Pode existir qualidade de vida sim, na velhice. Em alguns casos as pessoas fazem o que sempre tiveram vontade de fazer a vida inteira e não puderam,

devido ao trabalho. Uma minoria consegue ter uma alimentação saudável, plano de saúde, procurando ser mais feliz, principalmente a classe média. Isso tem a ver com classe social (Assistente Social II).

Já a psicóloga e a assistente social direcionam o seu olhar para as questões humanas do indivíduo e explicitam em suas falas que a inserção do idoso na sociedade está ligada ao fator financeiro e classe social.

Acredito que a sociedade exclui muito ainda, depende muito da classe social. Alguns idosos viajam e fazem atividades. A grande maioria da sociedade os vê como pessoas que não possam produzir mais. As empresas não contratam pessoas idosas, a sociedade exclui, vê o idoso como só dá trabalho e gastos, que não tem mais o que ganhar (Psicóloga).

Essa questão é relativa. Os idosos com quem trabalho são restritos ao leito, por limitação física e não estão inseridos no convívio social. Se for uma forma geral, dependendo estilo de vida de antes e da condição financeira. Nosso idoso percebe que tem uma vida ativa sim, alguns ainda são mantenedores e chefes da família e possuem autonomia. A situação dos idosos melhorou muito, mas ainda considero muito abandono, já percebo serviços direcionados aos idosos, mas tem que ter uma condição financeira melhor e muitos ainda se mantêm como mentores das famílias (Assistente Social I).

2.4 A importância da família e das relações afetivas para o idoso

O vínculo familiar tem grande importância nas sociedades, contribuindo para que os idosos se sintam amparados e cuidados. Observe-se que quando isso não ocorre se sentem excluídos e isolados do meio em que vivem. Nobeit Elias retrata esse contexto:

[...] Se isso acontece, se uma pessoa sentir quando está morrendo que deixou de ter significado para os outros, essa pessoa está verdadeiramente só. É precisamente dessa forma de solidão que há exemplos de sobra em nossos dias, alguns corriqueiros, outros extraordinários e extremos (Elias, 2001, p.75).

Na visão dos profissionais de Saúde o amparo familiar facilita o tratamento aliado ao carinho e atenção dos entes queridos dos pacientes idosos, destacamos as falas dos profissionais:

A família é porto seguro, não somente do idoso, de qualquer pessoa. Quando a família é participativa, têm bons vínculos, ela é segurança e garantia que o idoso vai ser amparado em uma fase delicada da vida (Enfermeira).

É fundamental, no momento que ele tem apoio, amor faz toda diferença em seu tratamento (Assistente Social I).

A família é tudo, tanto do ponto de vista financeiro, como do afetivo, carinho e atenção. O idoso que tem assistência para o que não tem assistência familiar possuem perfis completamente diferentes. Mesmo os idosos com condições financeiras precisam de assistência familiar (Assistente Social II).

A família é tudo, é sustentação, é a base. O idoso é provedor que formou a família, é uma obra-prima dele para o mundo, a família é tudo. Independente de qualidade e defeitos a família vai estar sempre ali, vai estar sempre para colher. Para o idoso é onde ele vai repousar, é segurança, acolhimento, é idade onde vai usufruir do carinho dado, dos gastos financeiros retribuídos, é a segurança (Psicóloga).

O Brasil é um país cujo contexto histórico teve como base a família. Na estrutura social é marcante a importância da família, mesmo com as mudanças, ainda é forte a valorização do seio familiar no amparo do idoso. A importância da família no é retratada nas falas dos médicos abaixo:

A família representa o porto seguro para qualquer pessoa em qualquer faixa etária. Para o idoso, quando já se vive em alguma restrição social, a família às vezes é tudo que ele tem (Médico I).

Família é base de tudo. Quando o envelhecimento acontece em uma família estruturada, a velhice ocorre de forma mais equilibrada. Tiro pela minha família, que as decisões ficam por conta dos idosos. A família é fundamental. O idoso é ponto de encontro e união da família. O idoso tem muito a ensinar, aprendi isso no PSF e tento focar isso para meus alunos, para ver a pessoa, sua história e de onde vem (Médico II).

2.5 Abandono e exclusão do idoso

Herbet de Souza (1997) em seu artigo A Maturidade Vale Ouro, ressalta que na década de 60 e 70 era difícil ser velho que a sociedade estava agindo com dis-

criminação e preconceito e o idoso foi excluído, com a difícil situação de sobreviver com a aposentadoria e muitas vezes entrando em estado depressivo.

Nobert Elias afirma que é difícil ser idoso, pois os moribundos são afastados do convívio com as crianças e que as palavras utilizadas para tratar a velhice, causam discriminação o que acaba por isolar os moribundos. Os parentes próximos muitas vezes não apoiam e se afastam dos mais velhos. Elias retrata a importância de se atentar as relações dos moribundos, ressaltando que os cuidados com as pessoas ainda está defasado em relação ao cuidado com os órgãos e que isso está ligado ao grau de desenvolvimento da sociedade. Nobert Elias cita:

As precauções médicas de hoje dizem respeito principalmente a aspectos individuais do funcionamento fisiológico de uma pessoa. E os problemas dos componentes individuais nos levam a esquecer os da pessoa que os integra. Talvez tudo isso deixe claro que as atitudes que hoje prevalecem em relação aos moribundos e a morte não são inalteráveis nem acidentais. São peculiaridades de sociedades num estágio particular de desenvolvimento (Elias, 2001, p. 102).

Elias (2001) levanta o questionamento sobre a relação das pessoas com os moribundos, que muitas vezes são isolados e se mantém fora do contato social. Segundo Elias: “Muitos asilos são, portanto desertos de solidão” (p.86). Não somente os asilos, mas em suas residências os idosos são recolhidos e algumas vezes vivem sozinhos ou sob os cuidados de terceiros sem vínculo familiar. O isolamento se dá pelas limitações físicas impostas pela idade biológica e pelos sentimentos que os separa os moribundos da “comunidade dos vivos” (p.8), o que vai alterando suas relações com o meio em que vivem. Destacamos abaixo:

Hoje nas sociedades industrializadas o Estado protege o idoso ou o moribundo, como qualquer outro cidadão, da violência física óbvia. Mas ao mesmo tempo as pessoas, quando envelhecem ficam mais fracas, são mais e mais isoladas da sociedade e, portanto, do círculo da família e dos conhecidos (Elias, 2001, p. 85).

As falas dos profissionais revelam que a exclusão e o abandono dos idosos são pontos comuns e que se repetem e que o maior medo deles é não serem mais úteis, seguem os trechos das entrevistas:

A grande maioria não. Em nosso país não temos políticas públicas sérias voltadas para o idoso. O estatuto do idoso está apenas no papel. Acho que a maior angústia do envelhecimento é a solidão, é a perda da autonomia, perda do reconhecimento (Enfermeira).

A maior angústia é o abandono. Se o idoso tiver condições psíquicas, financeiras e sociais, se sente amparado, se ao contrário não. Na minha percepção vejo que o idoso não se sente amparado, principalmente se for dependente, ele fica esquecido. Se cada um tem sua vida, também fica difícil dar assistência (Assistente Social I).

As leis existem, entretanto não são aplicadas ao cotidiano dos idosos que não se sentem amparados em seus direitos e muitas vezes desistem de lutar em determinadas situações, como cita os profissionais abaixo:

Tive um depoimento de um idoso que sofreu um assalto, tentou fazer um boletim de ocorrência, não conseguiu e desistiu. A última palestra do Programa Vitalidade, foi sobre o direito do idoso, na maioria das vezes desistem com maior facilidade, por não ter a mesma energia, eles mesmos não fazem valer seus direitos. A maior angústia é não se sentir útil, não ser necessário para as decisões da família. A família que ajudou a construir, não considera mais suas opiniões, naturalmente vai se isolando e se esquivando (Psicóloga).

Eles não se sentem amparados. Na teoria tem o estatuto do idoso, na prática vivencia situações sem direito a saúde. No SUS é somente desgraça. As maiores angústia é a solidão e a dependência de terceiros (Assistente social II).

O Brasil não se constitui numa pátria que tenha aprendido devidamente a lição de permitir satisfação no atendimento aos direitos e necessidades dos seus cidadãos, especialmente os idosos das classes sociais com menor provimento econômico, mas esse é um exercício que deve ser sempre estimulado. Quanto à maior angústia dos idosos que testemunho é o não se sentirem satisfeitos com as suas limitações naturais e intentarem inutilmente evocar capacidades que foram sendo perdidas com o passar dos anos, perdendo de vista que todas as faixas etárias têm o seu provimento de possibilidades e limites (Médico I).

Muitos idosos não conhecem seus direitos, vi isso na rede pública e também em uma palestra sobre direitos do idoso, na rede privada. Devem ser mais informados para cobrarem, pois não sabem de seus direitos. Duas

grandes angústias: medo da morte desesperadamente e medo de estar sozinho, quando não olham, não percebem, quando viram estátuas. A solidão causa depressão que leva à morte. O medo das doenças que estão no imaginário dos idosos. Tento mudar essa visão, não é porque é idoso, que vai desenvolver doenças (Médico II).

Acho que a sociedade tem interesse, mas não totalmente. Os idosos não conseguem ter qualidade de vida e muitos ainda chegam à velhice sem direito a saúde, lazer (Assistente social I).

A enfermeira e o médico lembram a importância de considerar que o idoso também construiu suas relações e que muitas vezes essas não foram de amor com seus familiares, o que torna muito difícil nesse momento da velhice a família cuidar de um idoso que não foi presente. Seguem abaixo os depoimentos dos entrevistados:

Essa questão mexe muito comigo. Já me deparei com situações de abandono, não de maus tratos. É preciso entender que todo idoso um dia já foi jovem, que apresenta um passado, e pode não ter tido boas relações com os entes e ter mágoas. Tento proceder na forma de resgatar na família a responsabilidade do cuidado e a dignidade do ser humano, porém procuro aceitar que é muito difícil cobrar afeto e carinho (Enfermeira).

Muitas vezes estive diante de abandono em relação ao idoso, uma coisa muito dura para se aturar maus tratos mesmos, no sentido da expressão, felizmente foram poucas vezes. A forma de agir de minha parte variou muito. Geralmente busquei descobrir os motivos dentro da história de vida das pessoas envolvidas e daí discutir uma forma de transpor os obstáculos. Muitas vezes os anos anteriores não foram de muita festa, de muita amizade, de muito respeito e quando a idade chega vem às cobranças do tempo, nem sempre as pessoas têm força para superar as diferenças e nem sempre se cultivou o afeto entre as partes que agora se vingam do passado, é muito triste ver alguém sendo cobrado e sem condições de voltar atrás (Médico I).

O fator financeiro e a classe social são fatores que mudam e determinam o contexto da vida social do idoso, se este possui boas condições financeiras terá melhor acesso a serviços e poderá suprir melhor suas necessidades, possuindo uma melhor qualidade de vida. Já os idosos que não possuem um bom poder aquisitivo e

apoio familiar estão propensos ao abandono e maiores dificuldades, como segue nas representações dos profissionais abaixo:

Melhorou muito, mas ainda considera muito abandono, já percebo serviços direcionados aos idosos, mas tem que ter uma condição financeira melhor, muitos ainda se mantêm como mentor da família. (Assistente social I).

Acredito que a sociedade exclui muito ainda, depende muito da classe social. Alguns idosos viajam e fazem atividades. A grande maioria da sociedade vê os idosos como as pessoas que não possam produzir mais. As empresas não contratam idosos, a sociedade exclui, vê o idoso como só dá trabalho e gastos, que não tem mais o que ganhar (Psicólogo).

Cada dia vejo mais idosos inseridos. Ainda há uma barreira social, ainda há muitas barreiras econômicas, culturais, pois lido com idosos de diferentes classes e para cada uma dessas classes os momentos dos idosos são ainda muito diferentes. Vejo cada vez mais os idosos se agruparem em centros de convivência, clubes de dança, roda de amigos, saraus de poesias, sem falar que tenho muitos amigos pessoais que já transpuseram o limite da sexagenariedade e aí eu mesmo me vejo fazendo parte de alguns grupos junto com alguns idosos e aprendo muito com isso (Médico I).

É uma questão individual. Os mais ativos puxam movimentos sociais, são líderes comunitários, como acontece na comunidade do Dendê, no Coco. Mas temos idosos invisíveis, que ninguém olha ninguém vê e que se sentem a parte inclusive da família (Médico II).

Alguns profissionais já se depararam com situações de abandono e desinteresse, mas é perceptível que as relações são influenciadas pela classe social. As pessoas detentoras de melhor condição financeira procuram manter um status social e portando situações mais críticas de abandono não são divulgadas, permanecem sob o manto silencioso de cada lar. Por possuírem um poder aquisitivo maior e estarem justamente localizados em uma classe social que tem a preocupação com a opinião pública, demonstram situações de abandono em menor frequência. Mesmo mascarado, o abandono ocorre de diversas maneiras e sobre diferentes aspectos, como se observa o que se segue:

Na Empresa há poucas situações devido ao nível social das pessoas, é camuflado, pois a família não quer assumir e entregam aos cuidados de terceiros (Assistente Social I).

Não me deparei com abandono e maus tratos, mas com desinteresse. Nesses casos tento conversar com a família, sem intervir na questão familiar (Assistente Social II).

Várias vezes e de várias formas de maus tratos e abandono. Tentava envolver uma equipe multidisciplinar para atender e dar suporte. Já vi idosos sem família e sem condições financeiras. Deparo-me muito com idosos abandonados e sem conhecer seus direitos (Médico II).

Foi por circunstância da Empresa, uma vez por mês que consegue promover um momento de alegria aos idosos, através do Programa Vitalidade. Às vezes sinto isso também nas visitas domiciliares, o idoso é excluído da família, da saúde, não tem atenção, é uma pessoa de fora. Sinto que dessa forma exerce a profissão (Psicóloga).

Família tem uma grande expectativa de trazer a pessoa de volta ao que era. O minha função é trabalhar a aceitação, a família tem que entender o processo de tratamento da doença, aceitar uma nova fase da vida da pessoa. Deparo-me com casos que a família quer que o paciente volte ao que era, ou que morra logo, se recusando a cuidar. A família não quer trabalhar, joga muito a responsabilidade para os profissionais, acha que paga o plano que ele tem que dá tudo. Existem casos de exclusão, como nas noites de natal, que a família não deseja nem feliz natal, pois a pessoa não pode mais andar e ir às festas, fica excluída (Psicóloga).

Existem dificuldades e vantagens no cuidado com a saúde na terceira idade. Nas representações dos profissionais, inserir o idoso em sociedade pode ajudar ao desenvolvimento econômico, redução de custos com agravamento de doenças. Seguem abaixo trechos das entrevistas:

Dificuldades: recursos financeiros, pessoal especializado e treinado, disponibilidade da família em acompanhar, muitas vezes entrega na mão de qualquer um. Vantagens: qualidade de vida, socialização de contato com as outras pessoas, prevenção de complicações com a saúde (Assistente Social II).

Primeiro as dificuldades são as pessoas que não tiveram bons hábitos a vida inteira, vida pregressa, poucos conseguem mudar algumas coisas. Outra dificuldade são as limitações da sociedade que exclui. O idoso também não tem a mesma capacidade física, baixa autoestima, a família que não apoia e não incentiva. Somente alguns têm incentivos da família. No Programa Vita-

lidade tem idosos que deixam de ir, pois não tem quem os leve, já tem casos que filhos saem do trabalho para levá-los. A atitude da família pode ser um fator que contribui. A vantagem é que geralmente são pessoas dóceis, com uma bagagem muito grande, recebem com facilidade e conseguem contribuir. Quando trabalha com jovens, devido a menor experiência, não contribuem muito. É um trabalho gratificante, pois os idosos ficam muito agradecidos (Psicóloga).

A dificuldade maior é financeira. Vantagem: também é financeira, pois quando se cuida reduz custos para evitar que uma patologia simples se agrave e também a contribuição para a qualidade de vida dos idosos (Assistente social I).

Destacamos passagens das entrevistas que revelam que somente alguns idosos estão inseridos em atividades e se sentem parte da sociedade:

Somente os idosos que têm ajuda da família e da comunidade. Acredito que no Brasil, por falta de políticas que ajudem essa integração essas pessoas são excluídas (Enfermeira).

Melhorou muito, mas ainda considera muito abandono, já percebo serviços direcionados aos idosos, mas tem que ter uma condição financeira melhor, muitos ainda se mantêm como mentor da família (Assistente social I).

A jornalista Eliane Brum (2001) em seu artigo *A Suave Subversão da Velhice*, fez um trabalho de entrevistas em um asilo e diante das percepções que vivenciou, reflete:

Eles também pensaram que a velhice era destino de terceiros. Jamais suspeitariam que estariam nessa situação. Lançados numa casa que não é sua, entre móveis estranhos, faces que não reconhecem, lembranças que não se encaixam. Não foi assim com seus pais e avós. Atropelados pelo bonde da modernidade em que a juventude é um valor em si, foram deixados na porta porque os outros decidiram que o tempo deles acabou (Brum, 2001, p.82).

[...] velhos perderam afeto, amizade e calor, ganharam tempo. Vivem mais e melhor que seus pais e avós. Vivem mais sós. A morte social chega antes da derradeira batida do coração (Brum, 2001, p.85).

Eliane Brum (2001) adverte para um fator importante que existe entre as relações sociais, os mundos divergentes dos jovens e dos velhos, do amadurecimento

dos mais velhos e da dificuldade de comunicação, devido a vivência em momentos históricos diferentes e as formas como foram sendo reproduzidos os conceitos, a construção de valores, o que causa um embate social e dificulta a naturalidade das relações. Os avós tiveram uma educação, viveram em épocas diferentes em que os valores eram diferentes, e as regras sociais de comportamento mais rígidas. Em contrapartida temos a juventude interessada em sua liberdade, em sua necessidade de fugir dos padrões estabelecidos e que está a todo o momento criando novas formas de fazer e ver o mundo. As diferenças são evidentes, alguns tentam diluir essas diferenças e acreditar que as relações estão fluindo naturalmente, mas surgem os choques de condutas e isso tem uma consequência maior para os idosos por já terem tido suas experiências e construídos seus sabedores, preferem permanecer muitas vezes um lugar seu, no qual estarão protegidos das críticas. Deve-se sempre relativizar que as regras sociais não são rígidas, estão se modificando de forma constante.

2.6 Influências do contexto econômico e trajetória de vida na velhice

A modernidade trouxe novos conhecimentos na área da saúde, fator que contribuiu para elevação da expectativa de vida, porém isso não significou uma melhor qualidade de vida. A realidade aponta para grandes desigualdades sociais, o que restringe o acesso a boas condições de sobrevivência apenas a uma parcela da população. Os idosos também sentem de forma significativa essa desigualdade, os que possuem condições financeiras, podem ter acesso melhor à saúde, podem aproveitar a vida e ainda serem consumidores ativos. Já idosos de classes mais baixas, ao se aposentarem perdem um pouco de identidade social, pois além de diminuir o círculo de suas relações, precisam sobreviver como pensionistas com redução da renda mensal e sua saúde está sob os cuidados do Estado, sujeitos a esperar em filas e não ter um acompanhamento mais aprofundado e de qualidade. Herbet de Souza (1997) faz a seguinte reflexão:

O resultado de tudo isso é que a população brasileira ficou mais velha. No entanto, não houve mudanças significativas na qualidade de vida, na distribuição de riqueza e, principalmente, das terras que no Brasil sempre foram o privilégio histórico na minoria. A população ficou mais velha e mais pobre

também. A distância entre ricos e pobres só fez aumentar nessas décadas e até hoje, esse processo não foi revertido (Souza, 1997, p.41).

Os idosos com melhor poder aquisitivo irão buscar formas de estarem ativos, nas palavras de Gomes (2001):

No referido trabalho percebe-se que a busca dos idosos por grupos e programas tem também relação com a condição de classe, possibilidades culturais e às construções de gênero (Gomes, 2001, p.217).

As representações sociais sobre a velhice estão sempre se modificando e, às vezes, também se sobrepondo a cada período histórico em função de vários fatores. Entre estes destacamos a estrutura sócio-econômica (Gomes, 2001, p.212).

O fator financeiro tem total influência na qualidade de vida e o nível social diferencia as relações sociais e modo de vida de cada ser humano na velhice. A sociedade brasileira é marcada pelas desigualdades sociais e isso reflete também no cuidado da saúde do idoso. Uchôa (2013) faz uma relação entre o modo de vida das pessoas e dos cuidados atribuídos aos idosos de acordo com o poder econômico.

Para a assistente social é considerável a influência do fator financeiro na velhice. Segue depoimento:

Depende de como foi a vida da pessoa, está relacionado com condições financeiras, mentalidade da pessoa. Se na vida já teve condições ruins e de abandono, já chega à terceira idade com depressão e adoecido (Assistente Social I).

A velhice na sociedade tem como consequência a perda da influência do indivíduo sobre o meio social. Nobeit Elias ressalta que o poder das pessoas e sua influência também diminuem com a idade: “o poder e o status das pessoas mudam, rápida ou lentamente, mais cedo ou mais tarde, quando elas chegam aos sessenta, aos setenta, oitenta ou noventa anos” (Elias, 2001, p.83).

As representações dos profissionais são formadas a partir de sua posição social. Minayo relata:

As representações sociais não são necessariamente conscientes, porque elas constituem a naturalização de modos de fazer, pensar e sentir habituais que se reproduzem e se modificam a partir das estruturas e das relações coletivas e de grupos. Mesmo no caso de elaborações filosóficas, seu conteúdo reflete ideias, ao mesmo tempo das elites e das grandes massas, expressando contradições vividas no plano das relações sociais de produção. Por isso mesmo, qualquer esquema ideológico contém elementos de dominação de classes e de resistências sociais, de contradições e conflitos de conformismo (Minayo, 2010, p.237).

2.7 O cuidado com a saúde do idoso, um comparativo na rede pública e privada

Existem grandes diferenças na rede pública e na rede privada de saúde. No âmbito público as dificuldades são as filas no atendimento, os hospitais que não dispõem de boa estrutura, a espera para ser atendido. Já na rede privada de saúde, o acesso é bem maior.

A atenção direcionada para a prevenção é recente, na rede privada de saúde é algo que está sendo difundido com maior intuito de evitar agravamento das patologias clínicas e assim manter a sustentabilidade das Operadoras de Plano de Saúde. O objetivo da prevenção é mudança de estilo de vida, com alimentação saudável e mudanças comportamentais que ajudem a manter o equilíbrio do corpo e da mente.

A prevenção na rede pública no formato do serviço da operadora não é difundida. O que mais parece com isto são os programas públicos de saúde da família (PSF) que, no entanto estão longe de funcionarem de forma semelhante.

Seguem as falas dos profissionais ao avaliar as ações de prevenção, promoção e cuidado à saúde para os idosos no âmbito da saúde pública e privada:

Na saúde privada vejo muito pouco, acessibilidade efetivamente baixa. Na rede pública da mesma forma, os idosos procuram outros meios, quando possuem um poder aquisitivo melhor (Assistente Social I).

Na rede pública no meu ponto de vista é extremamente deficitária, falta estrutura e profissionais. A privada já tem mais recursos mais ainda tem muito a melhorar (Assistente Social II).

Sim, muitas diferenças. Avalia a promoção no âmbito público incipiente. Não tem hospitais especializados, nem geriatras que atendam em postos com a expectativa de prevenção. Confesso que não tenho conhecimento aprofundado, o que percebo é mais em jornais e não existe. Na rede privada percebo com a Empresa que trabalho, que as pessoas têm dificuldade de acreditar na prevenção. É preciso desmitificar, conversar sobre as doenças, hábitos saudáveis e isso é muito difícil, dizer que é melhor tomar suco do que refrigerante, mas que faz muita diferença mudar o hábito alimentar já é uma vitória. A prevenção existe, mas é um trabalho que não conseguimos mensurar. Como exemplo os folders, não tem como saber quantas pessoas leram e mudaram de hábito. Trabalho no nível primário, com saúde emocional, palestras, oficinas educativas, para que levem para casa o comportamento ministrados nas palestras. A prevenção é para antes do agravamento (Psicóloga).

Sou da opinião que a rede pública, aquela que lança os desafios da mudança é aquela em que as mudanças ocorrem de forma mais vagarosa, pois até que se alcance engajamento de pessoas treinadas em suas instâncias tem que se vencerem muitas barreiras de resistências e burocracias, sem se falar na praga da corrupção do setor público que leva mais da metade de todos os orçamentos e planos para o bolso dos vilões de plantão, enquanto a saúde privada até por necessidade de sobrevivência precisa de forma urgente ampliar a assistência de promoção e prevenção aos idosos se quiser sobreviver, uma vez que a população está envelhecendo e cada dia será mais rápido esse processo. Percebo diferença na assistência a saúde do idoso na rede pública e privada. Faz tempo que deixei a rede pública, mas se fizer uma comparação baseada nas experiências que tive diria que na rede privada os idosos tem mais consciência dos seus direitos e cobram de forma mais incisiva, enquanto na rede pública eles ainda creem que recebem por benefício do governo e não estabelecem graus de exigência compatíveis com as suas necessidades. Acredito que tais posturas geram serviços que tentam corresponder aos anseios, os quais da rede privada forçam a uma melhor prestação de serviços (Médico I).

Existem grandes diferenças na rede pública. A legislação garante direitos aos idosos, existem leis, mas que não funcionam na prática. O idoso tem direito a ser atendido e ter todo acesso à saúde, atenção integral. Na prática o idoso é só mais um no posto de saúde e não têm seus direitos respeitados. O idoso tem uma atenção diferenciada na rede privada, devido as melhores condições financeiras. Na parte de promoção e prevenção ainda foca muito na doença, ainda deficiente e apenas medicamentosa (Médico II).

3. A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A FINITUDE DA VIDA

Refletir sobre o processo da morte ainda é um desafio, muitos atribuem sentimento negativo e repleto de juízos de valor, quando pronunciada a palavra morte. A maior parte da população nega a morte, pois causa dor e mal.

Para Cassorla em seu artigo: “A Negação da Morte”, em que a morte e o sofrimento são negados pela visão imediatista do ser humano e pela impossibilidade de saber sobre a morte. Observe-se o que segue:

A mente humana tem a capacidade de transformar sensações e experiências em fatos mentais, que podem ser registrados, representados e simbolizados, constituindo-se o pensamento. No entanto, ela não tem condições de representar e pensar o não-existente apenas emerge através de sentimentos terríficos, sinalizadores de impotência e desespero frente aos mistérios relacionados à finitude. Isto é, a própria tomada de consciência da ideia de finitude é, em si, terrífica. O ser humano se defronta com a ideia do Nada, do deixar de ser, e a impossibilidade de representar esse nada, do deixar de ser, e a impossibilidade de representar esse Nada é desesperante (Cassorla, 2009, p.271).

A morte é um fenômeno biológico e inevitável de angústia e faz parte da vida social. Percebemos que os e sentidos atribuídos à morte são influenciados pela religião e pela diversidade cultural.

A Morte também unifica um grupo, mesmo que diferente em religião, em escolhas individuais e no modo de ver a vida de cada ser. Quando se perde um ente querido, o grupo se une no mesmo sentimento e participando dos ritos e práticas sociais como enterro, velório, missas. O sentido, segundo Elias, conecta as pessoas, independente se existe uma diversidade social. Elias (2001) cita: “Ideias e ritos comuns unem pessoas; no caso de serem divergentes, separam grupos” (Elias, 2001, p.2).

Não existe preparo para a morte, ela não é pensada e planejada, pois isso gera uma sensação de fragilidade. Conforme Elias:

A atitude em relação à morte e a imagem de morte em nossas sociedades não podem ser completamente entendidas sem referência a essa segurança relativa e à previsibilidade individual e a expectativa de vida cor-

respondente maior. A vida é mais longa, a morte é adiada. O espetáculo da morte não é mais corriqueiro. Ficou mais fácil esquecer a morte no curso normal da vida. Diz-se às vezes que a morte é “recalcada”. Um fabricante de caixões norte-americano observou recentemente: “A atitude atual em relação à morte deixa o planejamento do funeral, se tanto, para muito tarde na vida” (Elias, 2001, p.15).

3.1 A morte e a sua configuração social

A maturidade em visualizar a morte está vinculada à ideia da realização dos objetivos pessoais. Nobert Elias cita:

O modo como uma pessoa morre depende em boa parte de que ela tenha sido capaz de formular objetivos e alcançá-los, de imaginar tarefas e realizá-las. Depende do quanto a pessoa sente que sua vida foi realizada e significativa- ou frustrada e sem sentido. As razões desses sentimentos nem sempre são claras- essa área ainda aberta à pesquisa (Elias, 2001, p.72).

Percebemos que a morte ainda é desafio em nossa sociedade. Os profissionais buscam lidar com a morte como sendo um fenômeno natural, entretanto se sentem sensibilizados com a perda de pacientes e quando pensam na perda de entes queridos apresentam dificuldades em viver a situação. Assim, buscam não permitir que tal fato afete a vida pessoal é uma forma de se manterem equilibrados, já que faz parte do cotidiano desses profissionais o contato com a morte. A morte muitas vezes pode ser vista como alívio para situação de sofrimento e na velhice como está ligada a idade avançada tem mais aceitação em comparação a morte de uma criança ou jovem. Segue depoimento:

É muito difícil aceitar a morte, principalmente de entes queridos. Procuro não centrar meus pensamentos nessa finitude, mas sim na vida enquanto ela existir. Existem sempre aqueles pacientes que você tem maior afinidade e maior afinidade com a família também, então diante da morte você acaba sentindo mais, porém me trabalho para que isso não me prejudique emocionalmente. Procuro pensar que essas pessoas tiveram o privilégio de viver bastante, pois pior é morrer jovem (Enfermeira).

Nunca estamos preparados para a morte, apesar de ser a única certeza que temos. Procuro passar para a família uma sensação de conforto, onde eles

possam entender que o que tem para ser feito esta sendo feito, a fim de amenizar o sofrimento (Enfermeira).

Ajo como todo ser humano e sinto angústia. Já com os pacientes tento ver naturalmente, como uma coisa positiva para os casos de sofrimento, como um benefício diante da situação que a pessoa possa estar, a morte pode ser uma coisa positiva (Assistente social II).

Eu vejo a morte como algo que não tem como fugir e que é inerente a vida, vejo com naturalidade, mas não é um pensamento que agrada, não é coisa fácil, não penso na minha própria morte. Não tive pacientes muito próximos que morreram, mas lido com naturalidade. Tenho o exemplo de uma paciente que visitei, senti compaixão, a gente se apegava a pessoa e a família, se torna um pouco parte de mim enquanto profissional. Não posso ser fria, automática e também não pode deixar transparecer os sentimentos. Desmistifico que psicólogo não tem problema. Eu tenho medo da morte, quando penso em meu pai, minha mãe, sei que minha vida vai continuar, mas é muito difícil (Psicóloga).

Para mim ainda é uma das coisas mais difíceis, é uma força emocional muito grande e que não se aprende na faculdade. Não tem notícia fácil. É menos traumático quando é um processo, a morte pode ser um alívio de não ver mais a mãe ou pai sofrendo, que gera muitos sentimentos conflitantes de saudade e alívio. A morte súbita causa o impacto muito grande, não tendo muito o que falar, é estar presente e oferecer carinho. Após 4 anos no PSF, na mesma casa, acompanhando os mesmos pacientes criei vínculos com algumas famílias, fui até a alguns velórios. Não tem jeito fácil de falar. Fiz curso de tanatologia, mas na prática é difícil (Médico II).

Não existe preparo ou acompanhamento aos profissionais com intuito de possibilitar suporte e prepará-los para lidar com as situações de perdas. O apoio que alguns profissionais buscam é de forma individual e algumas vezes através do suporte religioso. O fator tempo de experiência é que vai demonstrar o grau de adaptação à situação de perda, como demonstra o depoimento abaixo:

Em meu trabalho não temos um serviço voltado para esse apoio, porém considero que após sete anos de profissão consegui encontrar uma forma para lidar com essas situações de perda. Acho que meu preparo veio desde a faculdade, pois eu já me identificava com terapia intensiva e idosos, duas áreas onde se tem muitas perdas. Nunca busquei apoio para isso especificamente (Enfermeira).

3.2 A influência da religião no imaginário coletivo sobre a morte

A religião é um importante fator para avaliar as práticas sociais. Conforme Minayo:

Desde tempos imemoriais, as religiões, a filosofia, os mitos, a poesia e a arte têm sido instrumentos poderosos de conhecimento, desvendando lógicas profundas do inconsciente coletivo, da vida cotidiana e do destino humano (Minayo, 2010, p. 35).

Dentro das dimensões de espaço e tempo, a religião tem sido um dos relevantes fenômenos explicativos das indagações dos seres humanos sobre os significados da existência individual e grupal (Minayo, 2010, p. 48).

Nas palavras dos profissionais entrevistados a religião é um suporte no momento da perda e gera um processo de aceitação maior nos indivíduos:

Já tive muito medo da morte, mas através do espiritismo acredito que a vida continua. Até hoje só perdi meus avós, não vou deixar de sofrer e sentir saudades, mas hoje lido de uma forma tranquila. Com pacientes terminais tento dar o suporte na hora da passagem, tento respeitar a fé do paciente. Ter fé no paraíso ou qualquer coisa que o paciente acredite é um certo conforto, independente da religião (Médico II).

O plano não oferece apoio nesse sentido não tem plano de capacitação e peca nesse sentido. Tento me atualizar sempre. Nunca busquei psicologia, mas a terapia é uma ótima oportunidade. Busco o lado espiritual, que tranquiliza o pensamento que poderia ter feito mais (Médico II).

Não tem apoio por parte do plano. Algumas vezes busco apoio espiritual (Assistente social I).

Ao lidar no cotidiano com pacientes em situações de doenças graves e em estado terminal, apenas com tratamentos paliativos, os entrevistados buscam apoio na religião, que proporciona um sentido simbólico de conforto para o profissional, como segue no trecho abaixo:

Não é fácil. Sentimentos diferentes de respeito por uma pessoa que tem uma história de vida. O portador de Alzheimer não se percebe, a pessoa não sabe mais o que se passa. O portador de câncer já causa uma empatia maior, mexe com a sensibilidade, não tem como não mexer. Tento fazer a

abordagem de forma holística, através da fé e oferecer cuidados paliativos que possam diminuir a dor. Tento fazer a pessoa se sentir cuidada, faz muita diferença e gera um conforto para fazer a passagem (Médico II).

A religião na sociedade determina regras de comportamentos, e conceitos que direcionam a conduta de cada ser humano. Minayo cita Durkheim no que se refere a influência da religião na moral dos indivíduos:

Embora reconheça como base das representações o que denomina substrato social, Durkheim demonstra autonomia relativa do conceito. Segundo ele, algumas representações, mais que outras, exercem, sobre uma sociedade específica, uma peculiar coerção para que seus membros atuem em determinado sentido. Dentre as representações mais importantes e universais, Durkheim destaca a religião e a moral, assim como as categorias de espaço, tempo e personalidade, consideradas por ele como representações sociais e históricas (Minayo, 2010, p.220).

4. PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

O processo de envelhecimento exigiu mudanças que diminuíssem o impacto do envelhecimento na sociedade, com objetivo de inserção social do idoso e amparo legal, por meio da inclusão em atividades que os mantivessem ativos. Gomes (2001) cita:

Surgem também, a partir dos anos de 1990, vários outros programas, tais como: Grupo de Convivência de Idosos, os Clubes da 3ª Idade e as Associações de Idosos. Hoje, estes grupos, organizados por instâncias públicas e privadas, proliferaram e dão visibilidade ao idoso.

Pressionado pelos estudos demográficos, pela comunidade científica e pela população idosa, foi aprovada, em janeiro de 1994, a Lei nº 8.842, que só em julho de 1996 foi regulamentada, tratando sobre a Política Nacional do Idoso (Gomes, 2001, p. 216).

4.1 Envelhecimento

O processo de envelhecimento da população é constante, segundo o IBGE:

A expectativa de vida dos brasileiros aumentou. Em 1991, era de 66 anos. No Censo de 2011, passou para 73 anos. Os idosos estão aproveitando mais o tempo livre e também trabalhando mais. Vinte anos atrás, 2,6 milhões de idosos estavam no mercado de trabalho. Hoje, esse número mais que dobrou – 5,4 milhões de brasileiros com mais de 60 trabalham” (Fonte Jornal Hoje, 01/10/2012).

Prado (2002), em seu artigo: “O curso da vida, o envelhecimento humano e o futuro”, destaca:

Em síntese, observamos o intenso dinamismo que marca o curso de vida moderno no que se refere ao envelhecimento e, como indica Bassit, também para outros momentos da vida, cabendo destacar, em especial, a dificuldade crescente na definição de uma linha divisória entre as etapas e a interpenetração de umas com as outras. É importante ressaltar que as mudanças na forma de conceber a velhice e as novas possibilidades que vão se abrindo e se institucionalizando para os velhos indicam a cons-

trução de um mundo em que o envelhecimento se apresenta cada vez mais heterogêneo. As perspectivas para o futuro parecem apontar para uma diversidade ainda maior e, emblematicamente, confrontando-nos com mitos ancestrais (Prado, 2002, p.9).

As alterações que buscam melhores qualidades de vida para a população idosa serão cada vez mais divulgadas, sendo-lhes atribuído sentido positivo às mudanças de estrutura na sociedade, como o entrevistado demonstra:

Vejo com bons olhos as possibilidades de mudança no cenário de cuidados ao idoso, até porque a população está envelhecendo e precisamos fazer algo pelo nosso futuro. Acredito que aos poucos e continuamente passaremos a transpirar uma nova cultura em relação aos idosos e a sociedade vai se adequando paulatinamente ao envelhecimento inexorável (Médico I).

Uma nova identidade do idoso está sendo formada, conforme Gomes cita:

O crescente envelhecimento populacional vem gerando a necessidade de redefinir a função do idoso dentro do sistema social. Assim, uma nova identidade da velhice vem se construindo. Nesta a (o) velha (o) velho assume seu papel como ator social, com potencial poder político e de consumo (Gomes, 2001, p.214).

Para os profissionais entrevistados o cuidado com idoso e o amparo ainda é inadequado, e almejam para o futuro as mudanças e respeito, como discriminado nas falas abaixo:

Melhorar a saúde, estrutura física das cidades, transporte, lazer, já existe, mas tem que ser voltado para o idoso (Assistente social I).

Eu acho que a criação de projetos sociais, de projetos públicos, locais com acesso a cursos, viagens, alimentação, saúde, atividade física principalmente para idosos de baixa renda, devido à alimentação está cara e a sociedade respeitar os idosos (Assistente social II).

Respeito. Enxergar o idoso como parte integrante da sociedade, respeitar suas opiniões, seu comportamento, suas limitações, permitindo que ele se sinta inserido na sociedade. Como exemplo ceder lugar em uma praça, em um ônibus, em estacionamento, em fila, isso é respeitar os direitos que estão no estatuto, porque muitas vezes ele se sente morto, sem se sentir entendido e considerado. É a fase da vida que a gente conhece pelo termo ve-

lho, o que a gente faz com o objeto que é velho? A sociedade acaba enxergando o velho dessa forma atrasado, lento. Não temos paciência para entender e a vontade é jogar fora. É necessário mudar essa percepção de que o velho não serve mais, pois trazem uma bagagem que podem contribuir muito. Enquanto não mudar essa visão os idosos vão continuar excluídos (Psicóloga).

Cuidado adequado, com profissional adequado e familiares, atividade física, boa alimentação, com educador físico. O idoso deve se manter atualizado no mundo, assistir jornal, se interessar pelas pessoas e ter uma família que cuide e respeite (Médico I).

Com o avanço das tecnologias a expectativa de vida tem aumentado cada vez mais, então cuidar da saúde dos idosos, é fundamental para a economia, instituir ações de saúde para esse público é também pensar no futuro de todos nós, primando pela qualidade de vida (Enfermeira).

Embora os profissionais percebam a velhice como problema social, no qual exige mudanças, apenas o profissional médico que apresenta idade maior, percebe a velhice com maior proximidade, enquanto nas representações dos mais jovens o processo é visualizado sempre à distância, destacamos trecho da entrevista:

Vemos a vida com a perspectiva de que um dia vamos ficar idosos, daí vamos ter o cuidado de prepararmos o nosso momento futuro. Enquanto o nosso momento não chega, e torcendo para que chegue só assim estaremos vivos, desenvolvermos formas de facilitar vias de conforto para os idosos que nos cercam (Médico I).

Herbert de Souza (1997) em passagem de seu artigo a seguir: “A maturidade vale ouro”, avalia o futuro como promissor e que a participação do idoso em sociedade pode ser um fator de mudança social:

Felizmente a realidade foi encontrando alguns desenvolvimentos recentes animadores; assimilou-se a ideia de que o País deve preparar-se para ser uma sociedade com maioria de idosos. Isto implica em algumas limitações, mas também imensas possibilidades de atuação na terceira idade na vida pública. Estes cidadãos não são carta fora do baralho, mas, talvez, os portadores de nossas melhores chances de transformação social e superação do quadro de miséria (Souza, 1997, p.41).

O choque de gerações diferentes, conforme Prado promove questionamentos:

As análises sobre as relações entre envelhecimento, curso da vida e experiência personificada nos conduzem a um campo importante de debates sobre as perspectivas para o futuro: como moedas, de um lado, a valorização do jovem/juventude e a repulsa ao declínio do corpo e, de outro, a recusa da morte e o desejo de prolongar a vida (Prado, 2002, p.11).

4.2 A saúde do idoso

Para Minayo as representações sociais são específicas de cada grupo e podem ser consideradas, pois retratam a realidade, mas não podem ser tomadas como verdades absolutas. Na visão de Minayo:

Algumas representações sociais não são necessariamente conscientes, pois revelam a visão de mundo de determinada época. Mas essas mesmas ideias abrangentes possuem elementos de conformação, de transformação, de inconformismo e de projeção para o futuro (Minayo, 2010, p.237).

A análise dos discursos dos entrevistados revela conhecimento da legislação e políticas públicas assistenciais direcionadas ao idoso, o que ainda está deficitária é aplicação efetiva das leis de assistência ao idoso. A visão para o futuro é que as políticas públicas e a legislação voltada à velhice sejam efetivadas no convívio social como identificamos nos discursos abaixo:

Sim. No mestrado que faço, é uma avaliação da política pública para os idosos e vou pesquisar porque o idoso não está sendo bem atendido na rede pública. Uma evolução não tem como fugir, devido a um maior conhecimento dos direitos, acredito em um salto na qualidade de vida dos idosos, basta cumprir o que já está na lei, com acompanhamento de mais geriatras, gerontólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, clínicas especializadas para o atendimento dos idosos. Cada vez mais vamos viver mais tempo, o país vai ter que se preparar ou então vai pagar um preço muito caro. Tem que investir nos idosos, para que não fiquem sedentários, investir na qualidade de vida. Tenho uma visão otimista em dias melhores virão para os idosos, agora ou daqui a algumas décadas (Médico II).

Acredito sim que as pessoas estão envelhecendo mais e morrendo mais tarde, que são necessárias políticas públicas melhores e que a prevenção será cada vez mais difundida. Tenho uma visão otimista e esperançosa (Psicóloga).

Na rede pública minha perspectiva continua sombria, considerando que nossos governantes não investem na saúde como um todo, porém minha expectativa é que de alguma forma melhore, pois existem inúmeras pessoas desassistidas e em sofrimento. Na rede privada a abordagem a idoso remete a redução de custos, pois as ações preventivas são bem mais baratas que as ações curativas, sendo assim a atenção ao idoso continuarão crescendo (Enfermeira).

Espero que seja efetivado o que tem em projeto se que a população idosa tenha uma vida mais normal e com mais qualidade de vida (Assistente Social I).

A saúde do idoso ainda é um grande desafio para a sociedade e para o governo no âmbito público e privado. Percebemos que a cada dia existem novas descobertas nos tratamentos, avanços tecnológicos que contribuem para melhora da sobrevida dos pacientes e detectam com maior eficácia e antecedência os diagnósticos de doenças crônicas. O avanço nas técnicas caracteriza-se como um limiar que permanecerá em crescimento, em ambas as redes de assistência pública e privada. O desafio está em buscar que todos tenham acesso em tempo hábil às novas tecnologias e aos tratamentos necessários, a organizar os hospitais públicos e privados para diminuir o tempo de espera e assim ter um atendimento eficaz e proporcionar um tratamento digno aos pacientes idosos.

O futuro da rede privada de saúde tem como desafio controle de custo assistencial e a realização de atendimento com qualidade. Para que isso ocorra efetivamente, será cada vez mais praticado o incentivo às ações de prevenção e promoção à saúde do idoso. Estudos realizados pela área de saúde, já demonstram que quanto melhor qualidade de vida; com alimentação adequada, estilo de vida com bem-estar e práticas de exercícios físicos, diminui os riscos das doenças.

As entrevistas apontaram que quanto mais o idoso se sente isolado e excluído isso afeta a sua saúde, portando por um motivo de desenvolvimento social, serão

necessárias mudanças mais efetivas que promovam a saúde e a vida ativa dos idosos.

No âmbito privado são grandes os desafios, pois os problemas de acesso à saúde pública ainda é um grave problema social. Os profissionais da saúde entrevistados analisam que existem poucos tratamentos com especialidade direcionados aos idosos, na área de gerontologia e geriatria, o atendimento ainda é insuficiente e praticamente não existem ações de promoção e prevenção. O difícil acesso às consultas faz com que os idosos sintam-se excluídos e dependentes.

A visão dos profissionais da saúde aponta para os contrastes da realidade da sociedade brasileira, onde o acesso a melhores condições de vida está intimamente ligado ao fator econômico e a classe social dos indivíduos.

Com envelhecimento ocorrendo em escala crescente, são necessárias mudanças para suprir a necessidade da população idosa. Com a saúde equilibrada os idosos poderão participar mais ativamente da vida social e econômica do país, diminuindo as situações de exclusão e desrespeito aos idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente trabalho foi analisar as representações sociais dos profissionais da saúde a respeito da velhice e da saúde do idoso. A análise revelou como se caracteriza a velhice e saúde do idoso na visão dos profissionais da saúde entrevistados.

A velhice tem como premissa a categoria da idade, mas revela aspectos sociais importantes. Não é ser velho que vai determinar o contexto das relações, mas a cultura e forma de como a velhice está representada nela que vai que direcionar o comportamento das pessoas. No Brasil a preocupação com os idosos é evidenciada pelas políticas públicas que visam a proteção e inserção do idoso em sociedade.

As falas dos profissionais revelam o senso comum de que ser velho ainda é considerado limitação. Simultaneamente uma nova forma de interpretar a velhice vem crescendo na sociedade, avaliando como um tempo ativo e uma fase para aproveitar a vida. Portanto, a construção da velhice no imaginário coletivo é um processo heterogêneo.

Percebemos que nas últimas décadas ocorreu uma mudança no modo como a terceira idade é vivenciada. Foram criados meios para proporcionar uma melhor qualidade de vida e atendimento ao público idoso. Serviços, grupos, faculdades que tentam inserir as pessoas na terceira idade em uma vida social ativa e por meio de divulgação de informações, como cuidado com saúde, alimentação saudável, evitando assim o agravamento de doenças crônicas e mantendo os idosos em ativos socialmente.

O processo de envelhecimento é um fenômeno contínuo na população mundial, devido às alterações econômicas, culturais, estruturais e sociais. Isso gera mudanças no contexto social e nas representações sociais da velhice. Percebemos ainda que poucos profissionais conseguem visualizar a própria velhice e que isso é um fenômeno distante, pois apenas o profissional de maior idade o cita. Os profissionais, pelo poder do conhecimento que possuem, se sentem responsáveis pela mu-

dança de perspectiva na forma de ver e viver a velhice como uma fase produtiva e de contribuição para sociedade.

Envelhecer passou a ser visto como a fase de descanso esperada por toda a vida, porém isso é restrito a determinado grupo social e está intimamente às condições econômicas do indivíduo e a classe social em que está inserido. O envelhecimento saudável está ligado ao fator financeiro e escolhas individuais de cada ser humano, relativizando que o futuro de cada ser depende do histórico de suas próprias escolhas.

A condição de felicidade na velhice encontra suas restrições, não são todos idosos que conseguem ter acesso a lazer, manter as relações de amizade, ter um vínculo familiar sólido e estável que possa auxiliar o seu cuidado. Ainda com todas as mudanças torna-se um desafio para os idosos a limitação física e as deficiências que o tempo impõe.

Com as entrevistas concluímos que as mulheres apresentam maior sensibilidade para as questões como a morte, abandono, e sentem com maior intensidade as relações com seus pacientes, revelando que a organização social e a definição de papéis está ligada ao fator gênero.

Baseadas nas construções socioculturais os profissionais utilizam a religião como um suporte e um conforto para as situações de dor e sofrimento que convivem diariamente.

Os depoimentos dos profissionais demonstram como o processo de envelhecer é permeado por estereótipos, e que mesmos os profissionais da saúde pensando a velhice como um processo natural e inevitável ainda encontram dificuldades em modificar os comportamentos e fortalecer um ambiente de aceitação para o idoso e para seus familiares.

Estudos dessa natureza poderão contribuir para reflexão na construção de opinião sobre a velhice para os profissionais da saúde e podem indicar meios de ampliar o relacionamento entre equipe multidisciplinar e pacientes, considerando que o processo de envelhecimento está permeado pelas relações sociais.

ANEXOS

Roteiro das entrevistas

Questionário

Nome: _____

Idade: _____

- 1) Qual a profissão que exerce atualmente e qual a especialidade?
- 2) Há quanto tempo exerce a profissão?
- 3) Com o que você queria trabalhar após a formação acadêmica?
- 4) Como começou a trabalhar no plano de Saúde Camed? Houve indicação?
- 5) Participa de algum Programa de Promoção ou cuidado à Saúde do idoso? Quais programas e há quanto tempo? Quando surgiu o desejo de trabalhar com os idosos?
- 6) Além do trabalho realizado na Empresa Camed, exerce outras atividades que não sejam direcionadas à saúde do idoso? Quais atividades e onde realiza?
- 7) Qual a motivação que levou a trabalhar com o programa de cuidado à saúde do idoso?
- 8) Como analisa sua trajetória relacionando o início e a atividade atual? Houve mudanças nos objetivos?
- 9) Qual a importância da família para o idoso?
- 10) Em sua atividade já se deparou com situações de abandono ou maus tratos aos idosos? Como procedeu diante dessa situação?
- 11) Em sua opinião o idoso encontra-se inserido em atividades sociais e percebe-se como integrante da sociedade? De que forma isso ocorre?
- 12) Como avalia as ações de prevenção, promoção e cuidado à saúde para os idosos no âmbito da saúde pública e privada? Percebe diferença na assistência a saúde do idoso na rede pública e privada?
- 13) Quais as principais dificuldades e vantagens do cuidado à saúde do idoso?
- 14) Como se sente participando do cotidiano dos pacientes idosos acompanhados pelos Programas de Prevenção e Assistência à Saúde? Acredita que seu acom-

panhado faz diferença na vida dos idosos? Qual a importância que atribui ao seu trabalho?

- 15) A sua atuação enquanto profissional da saúde contribui para o desenvolvimento saudável do envelhecimento?
- 16) Como se sente em seu convívio diário com pacientes portadores de câncer, acidente vascular cerebral, DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) e Alzheimer?
- 17) Como se sente diante da pressão de familiares?
- 18) Nos casos de tratamentos paliativos, para os pacientes sem perspectivas de melhora do quadro, como se relaciona com a família do paciente?
- 19) Na sua percepção como avalia o processo de envelhecimento do indivíduo e de que forma isso altera as relações sociais?
- 20) Existe qualidade de vida no processo de envelhecimento? Como a sociedade busca o envelhecimento saudável?
- 21) O que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida para os idosos?
- 22) Você acha que sua atuação enquanto profissional da saúde, beneficia a dignidade na vida do paciente idoso? De que forma?
- 23) Na sua percepção o idoso se sente amparado em seus direitos e necessidades? Qual a maior angústia dos idosos diante do envelhecimento?
- 24) Como reage diante da finitude da vida? Como lida com a morte dos seus pacientes?
- 25) Como se sente ao comunicar aos familiares a morte de um paciente?
- 26) Existe algum apoio para os profissionais da saúde por parte do plano no qual trabalha para lidar com situações de perda? Busca esse apoio de outra forma externamente e de que forma?
- 27) Fora do expediente de trabalho, pensa em seus pacientes? Como lida com esses pensamentos?
- 28) Qual a sua perspectiva para o futuro no que se refere à assistência médica prestada na rede pública e privada a saúde do idoso? Pretende continuar trabalhando com pacientes idosos?

REFERÊNCIAS

ABREU, D. ; OLIVEIRA, J. A. Fugindo da regra entrando na lei: famílias que adotam no juizado da infância da cidade de Fortaleza. **Revista de Ciências Sociais**, Fortaleza, v.38, nº 1, p.115-127, 2007.

A crise da saúde pública. Disponível em : <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,a-crise-da-saude-publica-,1072820,0.htm>, acesso em 10 de setembro de 2013.

AGRA, A. **Norbert Elias e uma narrativa acerca do envelhecimento e da morte.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n2/09.pdf>, acesso em 03 de setembro de 2013.

ALVES, E. D. **Tempo de plantar e tempo de colher: as representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento.** Disponível em: http://btdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_arquivos/6/TDE-2006-11-21T143040Z-453/Publico/Dissert_Elizete.pdf, acesso em 03 de setembro de 2013.

BRUM, E. ; FICHTNER, M. A Suave Subversão da velhice: O mundo de grandes solidões e pequenas delicadezas de uma casa de velhos. **Revista Época**, 24 de dezembro de 2001.

BOSI, E. A opinião e o estereótipo. **Revista Contexto**, nº 2-, 1977.

BOURDIEU, P. **A Miséria do Mundo.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

CARSSOLA, R.M.S. “A negação da morte”. SANTOS, F. S. INCONTRI, Dora (org.). **A Arte de Morrer-Visões Plurais.**Bragança, SP: Comenius, 2009.

Documentos **mimeografados** internos da Operadora: Programa Amigo da Família – PAF, dezembro de 2010; Prevenção Primária – Vitalidade; Contextualização do Envelhecimento e orientações da ANS para Programas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Envelhecendo com Qualidade de Vida, Prêmio Saúde Unidas-Modelo de Prevenção do Plano, 2013.

DURKHEIM, E. La sociologie en france au XIX siècle . **Revue Blue**, p.648,1900.

ELIAS, N. **A Solidão dos Moribundos**. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

Estatuto do Idoso. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf, acesso em 05 de dezembro de 2013.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 4º ed. Tradução: Sandra Regina Net. São Paulo: Artmed, 2001.

GOMES, M. Q. C. Velhice: a busca de novos espaços de sociabilidade. In: Amaral, C. C. G. SALE; C. M. V. Azevedo; H.S. Sande; D'Á; M.G (Org.).**Múltiplas trajetórias**.Fortaleza: REDOR/NEGIF-UFC, 2001.

IBGE 2000. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde 1998. Ministério do Planejamento. Brasil. Rio de Janeiro.

LÉVI-STRAUSS, C. **Aula inaugural**. IN: ZALUAR, A. (org). Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975, p.211-244.

LUKES, S. **Bases para a interpretação de Durkheim**. In: Durkheim, Émile. **Sociologia**. In: RODRIGUES, José Albertino (org); FERNANDES, Florestan (coordenador).9ª ed. São Paulo: Ática, 2005.

MINAYO, MCS. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 25ª ed. revista e atualizada. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____, MCS. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOTTA, A. B. “Memória de que idade?” In: Amaral, C. C. G.Sales; C. M. V. Azevedo; H.S.Sande; D'Á; M.G (Org.). **Múltiplas trajetórias**. Fortaleza: REDOR/NEGIF-UFC, 2001.

NEVES, C.B; CORRÊA, M. **Pesquisa Social Empírica: Métodos e Técnicas**. Porto Alegre: UFRGS, 1998.

O que é Saúde Suplementar. Disponível em: <http://fbh.com.br/home-institucional/o-que-e-saude-suplementar/>, acesso em 02 de dezembro de 2013.

População de idosos no mundo será de mais de um bilhão em 10 anos. Disponível em : <http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2012/10/populacao-de-idosos-no-mundo-sera-de-mais-de-um-bilhao-em-10-anos.html>, acesso em 27 de novembro de 2013.

PRADO, S. D. **O curso da vida, o envelhecimento humano e o futuro.** *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v.4, n.8. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000200006&lng=pt. Acesso em: 15 de novembro de 2013.

_____, S. D. ; SAYD, J.D. **O ser que envelhece: técnica, ciência e saber.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.247-252. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100028. Acesso em: 15 de novembro de 2013.

SOUZA, H. **A Maturidade vale ouro.** Revista Sras. E Srs, ano1, julho/1997.

UCHÔ, E. **Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15888.pdf>, acesso em 13 de agosto de 2013.



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ

CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

ATA DE DEFESA DE MONOGRAFIA EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Portaria DCS 003/2014

A Coordenação do Curso de Ciências Sociais do Departamento de Ciências Sociais do Centro de Humanidades da Universidade Federal do Ceará certifica que no dia 09/01/2014 às 14:00 horas, na Sala de Vídeo, a estudante SINARA PINHEIRO CORTEZ matrícula 0087114, realizou a defesa da sua monografia em Ciências Sociais intitulada: **As representações sociais dos profissionais da saúde sobre a saúde do idoso e o envelhecimento: Estudo realizado em planos de saúde suplementar**, tendo sido aprovada com notas 9,0, 9,0, 9,0 e média 9,0. A referida aluna cumpre, desta forma, o último requisito para a Graduação na Habilitação Bacharelado em Ciências Sociais, conforme atesta a Comissão Julgadora abaixo discriminada:

Prof. Domingos Sávio Abreu (Orientador)

Prof. Irapuan Peixoto Lima Filho

Prof. Valmir Lopes de Lima

Fortaleza(CE), 10 de janeiro de 2014

Prof. Dr. Carlos Kleber Saraiva de Sousa

p/ Coordenador do Curso de Ciências Sociais - Diurno

DECLARAÇÃO

Eu, LIVIA MORAIS LINHARES VITAL, RG 2006009091491, possuidora de certificado do Curso de Português, concluído no Instituto Municipal de Pesquisas Administração e Recursos Humanos (IMPARH), declaro ter realizado a análise, a correção ortográfica e a gramatical do artigo intitulado: **“AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A SAÚDE DO IDOSO E O ENVELHECIMENTO ESTUDO REALIZADO EM UM PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR”** da aluna Sinara Pinheiro Cortez do Curso de Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Ceará.

Por ser verdade firmamos o presente.

Fortaleza, 2 de janeiro de 2014.



Livia Moraes Linhares Vital
Corretora