



---

**Universidade de Brasília**

**Faculdade de Ciências da Saúde**

**Programa de Pós-Graduação**

**ELIZETE MARIA BACHI COMERLATO**

**TEMPO DE PLANTAR E TEMPO DE COLHER...  
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

Brasília  
2006



---

# Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação

TEMPO DE PLANTAR E TEMPO DE COLHER...  
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Programa de Pós-graduação em  
Ciências da Saúde, Faculdade de  
Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Elioenai Dornelles  
Alves

Brasília  
2006

Comerlato BEM. Tempo de plantar e tempo de colher...as representações sociais de profissionais de saúde sobre o processo de envelhecimento, Brasília – DF; 2006. 164p. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves (orientador)

---

Prof.(a) Dr(a) Dirce Guilhem

---

Prof.(a) Dr(a) Maria do Socorro N. Evangelista

*Ao Itamar,  
pela confiança, apoio e  
incentivo.*

*À Marília e Laura,  
Pela alegria de uma  
Convivência que  
Muito me enriquece.*

## AGRADECIMENTOS

À minha família de origem, por ser especial, por contribuir para a minha formação, construir junto comigo a pessoa que sou, e a base para chegar até aqui. Eles me ensinaram a plantar...

Ao meu marido Itamar, que é a fonte de minha alegria e de todas as conquistas. Com seu incentivo, companheirismo e amor, a vida se torna melhor.

Às minhas filhas Marília e Laura, preciosidades com que fui contemplada, obrigada por suportarem com doçura as lacunas deixadas neste período, e obrigada por vocês existirem!

Ao Professor Dr. Elioenai Dornelles Alves, meu orientador, que auxiliou e traçou diretrizes em meu projeto, sempre respeitando e incentivando meu trabalho. Obrigada por contribuir com seu saber para minha formação profissional e humana.

Ao Centro Universitário da Grande Dourados- UNIGRAN, pela iniciativa, investimento e empenho que viabilizou este projeto arrojado, uma conquista para Dourados.

À Universidade de Brasília – Unb, e o Programa de pós-graduação, em sua iniciativa de mestrado interinstitucional, que nos permitiu tornarmos sua aluna.

Amigos... Tesouro precioso, espaço de descontração e tolerância com minhas ausências, obrigada!

A prontidão com que se dispuseram os participantes da pesquisa foi um facilitador e uma grata surpresa.

Às Instituições de Ensino Superior visitadas para coleta de dados: UFGD, UNIGRAN e UEMS, à abertura e confiança que muito contribuiu com nosso trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde, que prontamente permitiu nosso acesso aos participantes da pesquisa.

À Associação dos aposentados de Dourados, que gentilmente nos encaminhou aos seus associados para a participação.

À minha colega de profissão e *co-orientadora* Iraci Guimarães, que colaborou de forma tão desprendida, apresentando-me o programa *Hamlet*,

sanando dúvidas; pela amizade, pelos livros, artigos e por todo o apoio ao meu trabalho.

Ao Prof. Msc. Lauro Jopper – UFMS, o primeiro a acreditar em minha capacidade e incentivar esta empreitada: Sem o seu auxílio, não teria iniciado.

À Sandra Bachi, pelo apoio recebido, e pela alegria de revê-la.

Aos professores e colegas das disciplinas de cumprimento dos créditos do programa, sou grata pelas contribuições, convivência, apoio e tolerância às minhas inquietações.

Aos meus pacientes e alunos, por terem sido *realmente* pacientes com meus afastamentos e viagens durante o curso.

**Mercedes Sosa – Años***by Pablo Milanés*

El tiempo pasa  
Nos vamos poniendo viejos  
Yo el amor  
No lo reflejo como ayer  
En cada conversación  
Cada beso cada abrazo  
Se impone siempre un pedazo  
De razón

Vamos viviendo  
Viendo las horas  
Que van pasando  
Las viejas discusiones  
Se van perdiendo  
Entre las razones  
Porque años atrás  
Tomar tú mano  
Robarte un beso  
Sin forzar el momento  
Hacia parte de una verdad

Porque el tiempo pasa  
Nos vamos poniendo viejos  
Yo el amor  
No lo reflejo como ayer  
En cada conversación  
Cada beso cada abrazo  
Se impone siempre un pedazo  
De razón

A todo dices que sí  
A nada digo que no  
Para poder construir  
Esta tremenda armonía  
Que pone viejo los corazones

Porque el tiempo pasa  
Nos vamos poniendo viejos  
Yo el amor  
No lo reflejo como ayer  
En cada conversación  
Cada beso cada abrazo  
Se impone siempre un pedazo  
De temor

## RESUMO

Os países em desenvolvimento vivem um processo de transição demográfica, com o envelhecimento da população. Este processo ocorre pelo desequilíbrio entre as taxas de natalidade e mortalidade, e pelo aumento da longevidade do ser humano, devido principalmente aos avanços da medicina e melhorias nas condições de vida da população. Porém, as Ciências da Saúde ainda não conseguem desenvolver ações para a assistência aos idosos, compatíveis a um fenômeno psicossocial. As Representações Sociais determinam o campo das visões compartilhadas pelos grupos e regem as condutas. Este trabalho investiga as relações entre a representação social, a prática dos profissionais e o cuidado com a saúde no envelhecimento. Foram entrevistados para este estudo qualitativo, 10 participantes, profissionais de saúde e usuários, já idosos ou em processo de envelhecimento, dos serviços de atenção à saúde de idosos. A análise dos dados foi feita com a ajuda de um *software* de análise de conteúdo. Os resultados mostram representações sociais divergentes entre as concepções dos profissionais, que apresentam representações de perdas, principalmente de vitalidade e financeiras; e dos idosos, que parece já terem elaborado suas vivências e demonstram uma concepção mais positiva e otimista do envelhecer. Estes resultados apontam para uma demora na assimilação das mudanças que vêm ocorrendo na realidade do envelhecimento, e a necessidade de qualificação especializada para as práticas de cuidado em saúde e atenção à população idosa.

**Palavras-chave:** representação social; envelhecimento; saúde; qualidade de vida.

## ABSTRACT

The developed and developing countries live in an epidemiological transition process with the aging of population. This process occurs due to the disequilibrium among natality and mortality rates, and because of the growth of the human being longevity, related mainly to the medicine advances and improvements in the living conditions of the population. Besides, the Health Sciences still can't give assistance to elderly, compatible with a psychosocial phenomenon. The Social Representation determines the field of shared visions by groups and establishes the behaviors. This work investigates the relations among the social representation, the professional practices and the care with health during the aging process. Ten participants were interviewed for this qualitative study, health professionals as well as users, already elderly or in aging process, from the elderly's health attention services. The analysis of the database was done with the help of a content analysis software. The results show different social representations among the professionals conceptions, that present representations of losses, mainly of vitality and financial ones; and of the elderly, that seems to demonstrate a more positive and optimistic conception of getting older. These results show a delay in assimilation of changes that are occurring in the reality of aging, and the necessity of specialized qualification for care practices related to health and attention to elderly people.

**Key-words:** social representation; aging process; health; quality of life.

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> - Número de filhos por mulher e a relação percentual de pessoas com mais de 60 anos. ....	16
<b>Tabela 2</b> - Percentual da população de idosos distribuídos por gênero e local de residência. ....	16
<b>Tabela 3</b> - Estimativa total, expectativa de vida e mortalidade da população brasileira. ....	17
<b>Tabela 4</b> - Dez primeiras causas de doença em 1990 e projeção para 2020. .	44
<b>Tabela 5</b> - Projeção de Idade Média de Aposentadoria para 2020. ....	54
<b>Tabela 6</b> - Expectativa de vida ao longo do tempo.....	59
<b>Tabela 7</b> - Capacidade funcional de um homem de 75 anos comparada com 100% da capacidade funcional de um homem de 30 anos. ....	60
<b>Tabela 8</b> - Comparação da ocorrência das categorias dos itens 3, 4, 6, 8 e 9 no <i>corpus</i> . ....	72
<b>Tabela 9</b> - Comparação da ocorrência das categorias dos itens 3, 4, 6, 8 e 9 no <i>corpus</i> , Dourados, 2006. ....	75
<b>Tabela 10</b> - Comparação da ocorrência das categorias do item 1 no <i>corpus</i> . ...	77

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - O antigo e o novo paradigma. ....	38
<b>Quadro 2</b> - Promoção e prevenção de saúde - aspectos gerais. ....	40
<b>Quadro 3</b> - A história da representação social da saúde e da doença, 2005.....	46
<b>Quadro 4</b> – Dados dos participantes. ....	66
<b>Quadro 5</b> – Blocos de análise conforme proximidade semântica e objetivos estipulados para a pesquisa. ....	70
<b>Quadro 6</b> – Palavras plenas das categorias definidas após análises exploratórias. ....	70
<b>Quadro 7</b> – Agrupamentos das categorias a partir de um valor de co-ocorrência de 0,30 dos itens 3, 4, 6, 8 e 9, respectivamente. ....	74
<b>Quadro 8</b> - Agrupamentos das categorias a partir de um valor de co-ocorrência de 0,30 dos itens 2, 5 e 7 respectivamente. ....	76
<b>Quadro 9</b> - Agrupamentos das categorias a partir de um valor de co-ocorrência de 0,30 dos itens 3 e 5, respectivamente. ....	78

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1 Objetivo Geral.....	18
1.2 Objetivos Específicos .....	18
<b>2 NO CAMINHO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS</b> .....	<b>20</b>
2.1 As Raízes da Teoria é que Garantem o seu Fruto - Durkheim.....	23
2.2 O Cerne da Teoria – Moscovici .....	24
2.3 A Absorção de Nutrientes Fortalece o Tronco .....	25
2.4 Cresceu e Ramificou .....	26
2.5 Para ser de Boa Cepa - Como Estudar Representações Sociais .....	28
2.6 Outros Matizes – O que não é Representação Social .....	30
2.6.1 Cognição social.....	30
2.6.2 Mito.....	31
2.6.3 Atitude .....	31
2.6.4 Opinião.....	31
2.6.5 Imagem.....	32
2.6.6 Ideologia.....	32
2.6.7 Ciência .....	33
<b>3 MENTE SÃ EM CORPO SADIO: POR UMA VISÃO INTEGRAL EM SAÚDE</b> .	<b>34</b>
3.1 Pensando Saúde... ..	36
3.2 Autocuidado.....	40
3.3 Em busca da Qualidade de Vida .....	41
3.4 Não há moléstia, nem bem, que para sempre durem... A doença .....	42
3.5 Para onde os ventos sopram... Pesquisas de Representação Social .	44
<b>4 TEMPO DE PLANTAR... A DESPOLARIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE</b> <b>SAÚDE/ USUÁRIOS</b> .....	<b>51</b>
<b>5 TEMPO DE COLHER: O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO</b> .....	<b>55</b>
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	<b>64</b>
6.1 Participantes da Pesquisa .....	65
6.2 Perfil dos Participantes.....	66
6.3 Aspectos éticos da pesquisa .....	66
6.4 Procedimentos Para a Coleta de Dados .....	67
6.5 Procedimento de Análise de Dados .....	68

<b>6.6 O Programa HAMLET® .....</b>	<b>68</b>
<b>7 RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
<b>7.1 Apresentação dos Dados Brutos.....</b>	<b>71</b>
7.1.1 Bloco I .....	71
7.1.2 Bloco II .....	74
7.1.3 Bloco III.....	77
<b>7.2 Análise e Discussão dos Dados .....</b>	<b>79</b>
7.2.1 Bloco I.....	79
7.2.2 Bloco II .....	85
7.2.3 Bloco III.....	89
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO A – Artigo Científico.....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO B – Carta do Comitê de Ética.....</b>	<b>1104</b>
<b>ANEXO C – INDEX.....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO D - Quadros - Clusters.....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO E - Dendogramas .....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO F - Dados Brutos - Hamlet.....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE A - Instrumento para Coleta de Dados.....</b>	<b>159</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>161</b>
<b>APÊNDICE C - Qualificação do Declarante.....</b>	<b>162</b>
<b>APÊNDICE D - Declaração do Pesquisador .....</b>	<b>163</b>
<b>APÊNDICE E - Declaração de Responsabilidade .....</b>	<b>164</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*“Lá estavam minhas crônicas...  
e se deram conta de que elas não eram  
só para velhos, mas para jovens  
que não tiveram medo de envelhecer”.*  
(Gabriel Garcia Márquez)

Os países em desenvolvimento vivem atualmente um processo de transição epidemiológica, com o envelhecimento da população. Este processo ocorre pelo desequilíbrio entre as taxas de natalidade e mortalidade e pelo aumento da longevidade do ser humano, devido principalmente aos avanços da medicina e melhorias nas condições de vida da população. Por estes fatores, o envelhecimento já não é somente mais uma fase de desenvolvimento individual, porém a sociedade e as ciências da saúde ainda não conseguem desenvolver ações para a assistência aos idosos, compatíveis a um fenômeno psicossocial.

A realidade brasileira não é diferente. Em Janeiro de 1994 o Congresso Nacional decretou a lei 8.842 referente à Política Nacional do Idoso. Na seção 2, artigo 4, ela contém uma diretriz que exige a capacitação e a reciclagem em geriatria e gerontologia dos recursos humanos que prestam serviços aos idosos, enquanto na prática, o atendimento a pessoas idosas ainda é realizado basicamente por especialidades clínicas gerais. E neste sentido entendemos que nossas contribuições enquanto profissional que atua na área de saúde, a história de cuidado nos serviços de saúde da comunidade douradense e a importância deste estudo para repensarmos a qualidade da atenção ao cuidado no processo de envelhecimento justifica a relevância temática, possibilitando, ainda, auxiliar no direcionamento das ações psicossociais.

Na década de 80, quando ainda estávamos em formação na área de Psicologia, pesquisadores eram referenciados para analisar a realidade do sistema de saúde, dos serviços e da qualidade dos mesmos na atenção à saúde populacional. Então levantamos questionamentos sobre: Estamos preparados para cuidar do cliente que procura uma assistência integral em saúde? A formação acadêmica aborda todas as questões relacionadas ao ciclo vital humano?

Com relação à formação para o cuidado, outros questionamentos já me preocupavam à época, como: de que integral falamos ao cuidado? Quem

precisa de competência para esse cuidado? Como estamos cuidando da população?

No início de carreira, atuando em serviços de saúde pública e privada, o contato com a realidade permitiu-me situar criticamente, delimitar o alcance, possibilidades e (re)pensar alternativas para o sistema de cuidados em saúde, sempre tendo em mente a concepção holística de saúde e uma atitude favorável à integração das multidisciplinas atuantes no sistema de saúde.

No final da década de 90 aproximei-me de experiências acadêmicas em projetos vinculados ao cuidado de saúde de grupos intitulados idosos, experiência enriquecedora e surpreendente, onde me deparei com a construção de uma cultura do envelhecimento que investe na plenitude de uma vida saudável, que amplia a concepção de saúde, implicando em qualidade de vida para esta população.

Nasceu então, minha preocupação com estudos relacionados à prática dos profissionais e o cuidado com a saúde no envelhecimento. Leituras tornaram-se imprescindíveis para fundamentar meus argumentos, falas e críticas.

Partindo de estudos sobre a temática deste projeto, constatou-se que, dentre os vários teóricos de desenvolvimento humano em psicologia, o autor que estabeleceu de forma mais abrangente a seqüência de fases da vida e suas tarefas evolutivas foi Erik Erikson, seguindo a teoria inicial freudiana, porém focalizando seu interesse além das experiências infantis e do romance familiar.<sup>(1,2)</sup> Este sustenta a continuidade do desenvolvimento do ser humano mesmo após a puberdade, ao longo do ciclo vital, quando se realizam ações adaptativas e integram-se capacidades. Para este estudo destacam-se duas fases fundamentais: a primeira e a oitava.

A primeira, que é o estabelecimento da confiança básica, portanto a base para a confiança no meio e para as experiências relacionais durante a vida. Erikson também a denomina de esperança, e salienta a importância da desconfiança saudável como uma forma de defesa. No envelhecimento, quando se passa a duvidar das próprias capacidades, pelo desgaste orgânico natural à idade, esta esperança tem maior funcionalidade.

Ainda pela teoria Eriksoniana o desenvolvimento humano se completaria na oitava fase do ciclo de vida, quando ocorre um sentimento de maior realização na terceira idade e que, por fim, origina um senso de

integridade do ego: a sabedoria, que implica em aceitar a vida que se viveu, a forma como lidou com as crises passadas, as imperfeições de si mesmo, dos pais e da vida, diante da morte.<sup>(1)</sup>

Os seres humanos apresentam modos de vida diversos em países e culturas distintos, porém com similaridades nas primeiras fases do seu desenvolvimento. Na terceira idade, porém, observam-se diferenças.

Estudos afirmam que cada período etário abrange desenvolvimentos peculiares, neste sentido, a infância, a adolescência e a idade adulta são consideradas fases deste desenvolvimento, assim como o envelhecimento, quando o indivíduo vivencia perdas, mas adquire ganhos. Na visão tradicional, quase sempre o envelhecimento é considerado somente em termos de perdas, mas com diferenças culturais significativas<sup>(3)</sup>.

No oriente, em muitos países, reverenciam-se os idosos ao mesmo tempo em que eles permanecem muitas vezes exercendo atividades econômicas e principalmente cuidando de seu bem-estar físico e social.

No ocidente, por sua vez, encontram-se dualidades que variam desde a superproteção incapacitante, que fomenta a dependência do idoso, evoluindo em diferentes níveis de cuidados, até o descaso e situações de desamparo total.

A cultura ocidental, em contraste com a oriental, valoriza o jovem, a vitalidade e a produtividade econômica, não atribuindo um papel significativo para o idoso.<sup>(4)</sup>

A questão da autonomia na terceira idade costuma tornar-se um dilema formidável entre o paternalismo excessivo e o completo abandono.<sup>(4)</sup>

É provável que na cultura ocidental, quando salienta aspectos de velhice bem sucedida, estando associada ao sucesso e o prestígio devessem acompanhar o indivíduo em todas as fases de sua vida, significando garantia de felicidade.

Até o século XVIII, a esperança de vida não excedia aos 30 anos. No século XIX, cresceu para 66 anos nos países industrializados e 41 anos nos países em desenvolvimento. Atualmente, a expectativa média de vida é de 70 anos, com disparidades.<sup>(5)</sup>

Inúmeros fatores têm contribuído para o envelhecimento da população mundial. Durante milênios, os processos de mortalidade e fecundidade se equilibraram, o quê foi rompido pela queda vertiginosa da natalidade e pelo impressionante aumento da longevidade. Este processo é conhecido como

transição demográfica, e traz repercussões para a sociedade, aumentando a responsabilidade de proporcionar a esses idosos uma melhor qualidade de vida.<sup>(6)</sup>

Devido a estes fatores, a estimativa de aumento populacional do planeta é de um bilhão de habitantes a cada dez ou doze anos, e com a redução da taxa de natalidade a tendência é o envelhecimento da população. As pessoas com mais de 60 anos representam entre 18 e 20% da população.<sup>(5)</sup>

**Tabela 1**

Número de filhos por mulher e a relação percentual de pessoas com mais de 60 anos.  
ONU, 2000

País	Filhos por mulher	Pessoas com mais de 60 anos
Japão	1,3	26%
Itália	1,3	26%
Alemanha	1,3	25%
Grécia	1,3	23%
Áustria	1,4	23%
Bulgária	1,2	22%
Croácia	1,3	22%

Fonte: WHO

Em todo o mundo, em 2000, havia 600 milhões de pessoas com 60 anos ou mais e a Organização Mundial de Saúde (OMS/ WHO – *World Health Organization*, 2001) prevê o número de 1,2 bilhões a ser alcançado em 2025.<sup>(7)</sup>

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no Brasil aproximadamente 12 milhões de pessoas encontram-se na faixa de 60 anos ou mais. Até o ano de 2025, serão 33,8 milhões, colocando o país no sexto lugar do *ranking* mundial.<sup>(8)</sup> A população com mais de 80 anos é a que mais cresce no mundo e no Brasil representando 12,6% da população total de idosos.<sup>(9)</sup>

**Tabela 2**

Percentual da população de idosos distribuídos por gênero e local de residência.  
Brasil, 2000

POPULAÇÃO DE IDOSOS			POPULAÇÃO URBANA DE IDOSOS			POPULAÇÃO RURAL DE IDOSOS		
Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher
8,56%	7,81%	9,28%	6,96%	6,11%	7,79%	1,6%	1,71%	1,48%
							%	%

Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

Em razão de esta crescente população ser o foco de nosso estudo, torna-se interessante definir o que é ser idoso. O Estatuto do Idoso, regula os direitos de pessoas com 60 e mais.<sup>(10)</sup>

Trabalhos sobre o envelhecimento utilizam geralmente o critério cronológico (idade), para delimitar este período de declínio das capacidades e funções do ser humano. Este critério permite ainda fazer uma distinção entre idoso jovem, a partir de 60 anos e o mais velho, com 80 anos ou mais.<sup>(11)</sup>

Mudanças físicas e psicológicas características ao envelhecimento passam a ocorrer em um limite de idade entre 60 e 65 anos, coincidindo com a época da aposentadoria. Por estes motivos, espera-se que a partir dos 60 anos a pessoa entre em um período de passividade, e por isso esta idade parece ser a mais adequada para se definir o idoso.<sup>(12)</sup>

A população brasileira de idosos tende a ter mais mulheres, pois sua expectativa de vida é maior. A diferença de gênero na mortalidade e no nascimento gera um excedente feminino, o que explicaria a maior incidência em mulheres de doenças associadas ao envelhecimento como diabetes, hipertensão, demência, depressão, etc. As proporções de mulheres na idade acima de 80 anos são aproximadamente o dobro da dos homens.<sup>(7,11)</sup>

A Organização Mundial da Saúde apresentou em 2001 a seguinte previsão estatística para a população brasileira.<sup>(7)</sup>

**Tabela 3**  
Estimativa total, expectativa de vida e mortalidade da população brasileira.  
2001

População total estimada	176.257.000
Expectativa de vida ao nascer de homens	65,7 anos
Expectativa de vida ao nascer de mulheres	72,3 anos
Mortalidade infantil de meninos (por mil habitantes)	42
Mortalidade infantil de meninas (por mil habitantes)	34
Mortalidade de homens (por mil habitantes)	246
Mortalidade de mulheres por mil habitantes	146

*Fonte: Who*

Estes dados evidenciam a já mencionada transição demográfica, com a progressiva redução da mortalidade infantil, baixa natalidade e o aumento da

expectativa de vida (que há cerca de 50 anos atrás era de 30 anos para o homem do sertão nordestino). Confirmam, ainda, a diferença de gênero na expectativa média de vida.<sup>(13)</sup>

Algumas pessoas conseguem manter a atividade social e afetiva pela vida toda, até mesmo iniciando novos relacionamentos nesta fase, porque têm oportunidades, investem e acreditam na vida abundante a ser desfrutada. Acredito que muitos idosos, pela escassez de programas adequados, doenças, perdas financeiras (aposentadoria), cultura e outros motivos, não conseguem manter a mesma disposição e passam a viver isolados, aumentando a probabilidade de ocorrerem transtornos mentais.

O período da velhice como um todo pode ser considerado pelas pessoas como o *fim da linha*, ficando na periferia da vida, na véspera do nada, ou como uma época de conclusão descansada da vida que ainda contém muito para sentir e desfrutar.<sup>(14)</sup>

Partindo destas reflexões iniciais, deparei-me com a questão norteadora do estudo, ***a representação social do processo de envelhecimento informa possibilidades para o cuidado integral do idoso?***

Frente a este questionamento, apresento meus objetivos:

### **1.1 Objetivo Geral**

Identificar as representações sociais de profissionais de saúde acerca do envelhecer e como estas representações relacionam-se com a prática do cuidado ao cliente.

### **1.2 Objetivos Específicos**

- Compreender as relações existentes entre a representação social do envelhecimento e a prática do profissional de saúde;
- analisar e evidenciar os fatores facilitadores e dificultadores para a qualidade de vida na velhice;

- descrever a percepção do usuário e do profissional de saúde com relação à atenção à saúde durante o processo de envelhecimento.

## 2 NO CAMINHO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais teve sua origem na Europa, em 1961, com as publicações de Serge Moscovici. Alguns autores a compreendem como uma forma sociológica de Psicologia Social. Esta faceta sociológica está na teoria das Representações Coletivas de Durkheim, embora haja ainda outros teóricos, coexistindo uma tensão saudável entre o quanto o indivíduo é produto da sociedade e ao mesmo tempo opera e modifica a mesma, como defende Weber.<sup>(15, 16)</sup>

Trata-se de uma teoria que investiga e explica a relação recíproca entre indivíduo e sociedade. Uma interface de conhecimento que estabelece comunicação e estrutura comportamentos entre indivíduos de uma mesma cultura.<sup>(17)</sup> A teoria das representações sociais é colocada como uma abordagem dos posicionamentos dos indivíduos frente a situações cotidianas, não como reações singulares, mas sim como re-atualizações de saberes compartilhados por grupos.<sup>(18)</sup>

O conceito de representação social para Moscovici é definido como:

... um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no curso das comunicações interindividuais. Elas são equivalentes em nossa sociedade aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas até podem ser vistas como a versão contemporânea do senso comum.<sup>(18,p.3)</sup>

Representações sociais, para vários autores, são os conhecimentos socialmente elaborados pelos grupos de indivíduos, como forma de entender um fato que lhe é estranho. A noção de representação social envolve dimensões afetivas, cognitivas e sociais, pois quando se tenta entender o mundo sob a perspectiva da representação social, se faz com sentimento e compreensão, que por sua vez, envolve a cognição e, por fim, encontra sua base na realidade social.<sup>(17)</sup>

A função da representação social é a construção da realidade, tornando familiar o não-familiar, correspondendo ao elemento simbólico que fundamenta a elaboração de algo, estruturando uma rede de significados e orientando o comportamento. Em sua dinâmica interativa, esta teoria permite a classificação de pessoas, objetos, ações e comportamentos. Remodela e

reconstitui os elementos do ambiente e da prática estabelecendo um sentido para esta prática.<sup>(18, 20)</sup>

O estudo das representações sociais permite compreender a forma como as pessoas representam um objeto, mas principalmente, a finalidade e a função deste. As representações são produzidas e modificadas no cotidiano e orientam o sujeito na definição de sua realidade. O estudo nesta teoria deve ser feito não apenas para prescrever mudanças ou diferenças sociais de um grupo para outro, mas sim, para dar indicativos e possibilidades de enriquecimento na qualidade da interação social entre indivíduos, ou entre grupos.<sup>(21, 22)</sup>

Em uma revisão de estudos sobre representação social em Sociologia, História Cultural e Antropologia Médica, identificaram-se princípios gerais para qualquer campo de estudo:<sup>(23)</sup>

- a) representação social não é sinônimo de um conjunto de representações individuais, assim como não é apenas reflexo de uma atividade cerebral;
- b) o mundo social é constituído por uma rede de relações, e os indivíduos por mais diferentes que possam ser, compartilham elementos semelhantes, o que impede que se estipule uma ligação mecânica entre a representação coletiva e a conduta individual;
- c) as práticas que estruturam o mundo social são bem diferentes da lógica racional que determina os discursos, não se pode reproduzir a primeira à segunda;
- d) as representações sociais também implicam em interpretação e questão de sentido, e não apenas formulações de uma forma de saber;
- e) as características dos grupos que compõem o mundo social e suas propriedades externas são definidas por processos como a linguagem, os conceitos e os recursos materiais disponíveis;
- f) ultrapassando cada indivíduo e chegando a ele, em parte, de fora, não se pode inferir que a representação social é apenas um reflexo do real;
- g) situações invisíveis e mais remotas também estruturam as redes de relações entre os indivíduos, e não apenas o quê estes são capazes de nomear; isto implica que é possível um indivíduo ignorar os laços que o estruturam enquanto ser, assim como percebê-los;
- h) as representações sociais contribuem para a formação da realidade social histórica, e concomitantemente estão enraizadas nestas;

- i) a realidade social é interpretada e construída de formas diferentes pela representação social, atribuindo-se um sentido aos objetos sociais. Ao mesmo tempo, as representações sociais são modificadas e constituídas pelo sistema vigente de crenças e valores. Por meio de suas práticas, o ser humano fala indiretamente da cultura em que vive.<sup>(24)</sup>

Separar os elementos de uma representação social é tão impossível quanto separar as páginas de frente e verso de uma folha de papel. Estes elementos caracterizam-se em duas faces: a face figurativa e a face simbólica, fazendo compreender "...a toda figura um sentido, e a todo sentido uma figura...".<sup>(16, p. 65)</sup>



**Figura 1** - Faces da Representação Social

Representar um objeto é internalizá-lo, é conhecê-lo, conferindo um significado natural de nosso universo, é interpretá-lo.<sup>(16)</sup>

É importante saber qual a natureza, ou conteúdo da representação (o que as pessoas pensam sobre um objeto) e a função da representação no meio cognitivo e social (o porquê pessoas pensam sobre isso).<sup>(25)</sup>

A aquisição de conhecimento se dá em um processo ativo, nos dois sentidos, onde o sujeito é enfocado como produto e produtor da realidade social. Primeiro, quando dá sentido aos objetos ele constrói representações, e segundo, quando o sujeito transforma a natureza, cria o mundo social através de sua atividade.<sup>(26)</sup> A representação é um processo que possibilita intercâmbio entre a percepção e o conceito de um objeto "...o objeto do conceito pode ser tomado para objeto de uma percepção e o conteúdo do conceito pode ser percebido".<sup>(16, p.57)</sup>

As seguintes propriedades caracterizam a representação social como uma forma de conhecimento corrente, dito senso comum:<sup>(27)</sup>

- a) socialmente elaborado e compartilhado;
- b) tem uma orientação prática de organização, de domínio do meio, de comunicação e de orientação das condutas;
- c) colabora para o estabelecimento da visão de realidade comum em determinado conjunto social ou cultural.

Pela teoria das representações, coexistem, na sociedade moderna, dois universos de pensamento:<sup>(20)</sup>

- a) **Universos consensuais**, onde são feitas as atividades ou práticas sociais cotidianas. Onde as representações sociais se estruturam, pois o senso comum comanda, sem impor limites, nem rigor metodológico, seguindo apenas a lógica natural;
- b) **Universos reificados**, onde a ciência e o pensamento erudito circulam e apenas pessoas que apresentam um determinado papel podem participar, como fruto de sua qualificação.

Ao mesmo tempo ilusórias, contraditórias e *verdadeiras*, as representações são matéria-prima para análise e ação de transformação, pois retratam a realidade de um segmento da sociedade.<sup>(28)</sup>

O estudo dos processos e dos meios nos quais o indivíduo e seu grupo social atuam, interagem e interpretam suas práticas e suas vidas, permite estabelecer a relação entre a cultura e a dimensão social com a história.<sup>(29)</sup>

A análise das representações sociais sobre o processo de envelhecimento possibilita identificar os conhecimentos e crenças a respeito do mesmo. Portanto, explorar as representações sociais permite o contato com imagens e conteúdos, além de evidenciar as necessidades das pessoas alvo do estudo.

## 2.1 As Raízes da Teoria é que Garantem o seu Fruto - Durkheim

O primeiro conceito de representação com uma concepção mais social, ou coletiva, foi proposto por Durkheim. Para ele, as representações sociais eram genéricas e envolviam fenômenos psíquicos e sociais como a ideologia, o mito, a ciência, entre outros.<sup>(16)</sup>

Para Moscovici o conceito de coletivo usado por Durkheim era um reflexo da sociedade de sua época, na qual as mudanças ocorriam de forma lenta, e como as sociedades atuais são mais dinâmicas, Moscovici preferiu manter o termo representação e trocou o coletivo pelo social, pois para ele o termo coletivo era mais cultural e cristalizado.<sup>(15)</sup>

As representações sociais para Durkheim eram concebidas unicamente como representações mentais, ou simbólicas, que refletiam imagens da realidade estrita. A religião era para ele uma forma de representação ou concepção do mundo, que refletia as realidades coletivas. O conhecimento passou a ser entendido como a união de dois elementos irredutíveis: a representação coletiva e a representação do indivíduo.<sup>(30)</sup>

Na perspectiva de Durkheim o homem era composto por dois seres: um individual, compreendido e limitado pela sua estrutura biológica; e o ser social, aquele que se apodera da razão disponível na sociedade que convive. Para ele, não se pode explicar a razão pelo indivíduo, pois ela seria irredutível, e o indivíduo quando em sociedade, superaria a si mesmo em suas ações e atos.<sup>(30)</sup>

...As representações coletivas são o produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo também; para fazê-las, uma multiplicidade de espíritos diversos associaram, misturaram e combinaram suas idéias e seus sentimentos; longas séries de gerações acumularam, aí, sua experiência e sua sabedoria. Uma intelectualidade muito particular, infinitamente mais rica e mais complexa que a do indivíduo, aí esta como que concentrada.<sup>(30, p. 158)</sup>

Para Durkheim, os fenômenos e processos psicológicos reduzem-se à função do organismo no tempo em que seus tecidos e substâncias estivessem em boas condições de qualidade. As representações quando estruturadas permitiam a inferência de um movimento, afetando os órgãos e o espírito. Era neste último que Durkheim acreditava que as representações presentes e passadas se localizavam.<sup>(31)</sup>

## 2.2 O Cerne da Teoria – Moscovici

Moscovici coloca que a representação social é um *corpus* organizado de conhecimento, que permite que a realidade seja compreensível ao ser humano. Ela prepara o indivíduo para a ação e é modificada pela interação destas ações no mundo social.

... a fim de penetrar no universo de um indivíduo ou grupo, o objeto entra numa série de relacionamentos e de

articulações com outros objetos que aí se encontram, dos quais toma as propriedades e aos quais acrescenta as dele.<sup>(16,p.63)</sup>

Desta forma, em representação social, não existe uma cisão clara entre o universo do indivíduo e o universo exterior, ou seja, sujeito e objeto não são absolutamente heterogêneos, têm um campo comum. Esta é a diferença principal da perspectiva de Durkheim e suas representações coletivas, que é mais cristalizada e heterogênea.

A representação social permite a interação entre diferentes grupos intelectuais e práticos, pela reunião de conceitos, vocabulários, condutas e experiências. Estruturando um quadro coeso do real, permite que todos falem com uma linguagem similar.<sup>(16, 31)</sup>

Quando uma teoria científica produz uma representação social, ela supre a necessidade de classificar e originar comportamentos ou visões socialmente adaptados ao conhecimento real. Ou seja, a aquisição de uma nova representação modifica os comportamentos dirigidos a si mesmo e a outros do meio social, permitem novas percepções de objetos e torna as pessoas mais flexíveis e receptivas.<sup>(16)</sup>

### 2.3 A Absorção de Nutrientes Fortalece o Tronco

Moscovici coloca que a aquisição do não-familiar, tornando-o familiar é uma das funções da representação social. Descreve duas etapas geradoras da representação social:<sup>(16)</sup>

- a) **Objetivação:** Implica na reabsorção das significações excessivas, cristalizando-as, tornando real um esquema que era conceitual ou simbólico. "...O estoque de indícios e de significantes que uma pessoa recebe, emite e movimenta no ciclo das infracomunicações pode tornar-se superabundante".<sup>(16, p.111)</sup> A objetivação transfere a ciência para o domínio do ser. Em sua pesquisa, Moscovici concluiu que a objetivação ocorreu quando os entrevistados atribuíram uma finalidade para a Psicanálise, construindo uma imagem para os usuários e os terapeutas;

- b) **Amarração:** Semelhante a um processo de categorização, visa articular o não-familiar, envolvendo um juízo de valor, atraindo esse objeto para uma rede de significações. Também denominada ancoragem, pode-se dizer que converte a ciência em uma rede de significações, inserindo-a na esfera dos valores de forma hierarquizada. A amarração delimita o domínio do fazer, contornando a contrariedade das comunicações. Os dois processos da amarração são:
- Classificação, que organiza os elementos em uma ordem pré-existente para o indivíduo, introduz o novo no antigo, possibilitando ter uma orientação em relação ao objeto representado;
  - Denominação, que implica na nomeação do elemento desconhecido, tirando-o do anonimato para que ele seja identificado na rede de significações.

Moscovici mostrou, em sua pesquisa, que a Psicanálise passou a ser base de um modelo de explicação do psíquico, do normal e do patológico, permitindo que os indivíduos fossem categorizados.

Em suma, na objetivação os elementos representados de uma ciência se integram a uma realidade social e na amarração estes elementos passam a ser uma referência em uma rede de significações, o objeto da representação passa a ser disponível, colocado em uma escala de preferência nas relações sociais existentes.

## 2.4 Cresceu e Ramificou

**N**os estudos sobre representação social, identificamos três vertentes: a primeira vertente enfatiza os preceitos de Moscovici, e sua liderança é Denise Jodelet, em Paris<sup>1</sup>. A outra corrente, liderada por Willem Doise, em Genebra, encontra-se alinhada a preceitos sociológicos. A terceira, que salienta os preceitos estruturalistas e cognitivos é representada por Jean-Claude Abric, na França. <sup>(20)</sup>

Willem Doise explora os princípios geradores, sustentando diferentes tomadas de decisões dos indivíduos de um conjunto social, diversamente da

---

<sup>1</sup> Perspectiva adotada para a presente pesquisa.

perspectiva da Psicologia Social, na qual a representação social de algo permanece no grupo, como consequência do consenso dos membros. Para Doise, a ancoragem é determinada pela classe social do sujeito, estando diretamente ligada à posição que ele ocupa no campo social. Para ele, há um *metassistema social*, que provoca o condicionamento social e influencia a cognição e seus elementos.<sup>(20)</sup>

Esta teoria possui quatro níveis de análise:<sup>(25)</sup>

- a) processos intra-individuais, que focalizam a forma como a pessoa interage com seu meio ambiente;
- b) processos interindividuais, que buscam a compreensão das interações das dinâmicas sociais;
- c) relaciona as diferentes posições que os indivíduos assumem em seu meio, com as duas etapas anteriores;
- d) as características partilhadas de um grupo social são fruto do sistema de produção cultural e ideológico, as diferenciações ocorrem com base em princípios gerais.

A Teoria do Núcleo Central, articulada por Jean-Claude Abric, ocupa-se principalmente do conteúdo cognitivo das representações sociais, como um sistema organizado, e "... não como uma simples coleção de idéias e valores..."<sup>(20, p.76)</sup> Ele defende a existência de um sistema central e um sistema periférico das representações sociais, onde transformações consequentes das práticas sociais começam pelo sistema periférico. Para realizar a análise de representações em grupos sociais distintos, verifica os núcleos centrais das representações, que deverão ser diferentes, ou então estas representações serão apenas diferentes estados ativados de uma representação social.<sup>(20)</sup>

A principal contribuição da teoria de Abric foi a explicação sobre os três processos de transformação das representações:<sup>(25)</sup>

- a) *resistentes*, que ocorrem apenas no sistema periférico e por serem muito contraditórias ao elemento representado no núcleo, não chegam a este;
- b) *progressivas*, novas práticas que vão gradativamente se incorporando ao núcleo, quando a informação assimilada não é tão contraditória ao elemento representado no núcleo;

- c) *brutais*, ocorrem quando o elemento representado no núcleo central é totalmente colocado em cheque naquele instante, modificando todo o sistema da representação social.

## 2.5 Para ser de Boa Cepa - Como Estudar Representações Sociais

Estudar representações sociais requer todo um processo de questionamento e esboço do objeto de pesquisa no universo científico. A construção do objeto de pesquisa permite a simplificação e pesquisa do fenômeno complexo das representações sociais. Para isso, é preciso levar em consideração o participante e o objeto de representação na pesquisa.

A construção do objeto de pesquisa trata-se de um processo decisório, onde transforma-se conceitualmente um fenômeno do universo consensual em um problema do universo reificado. A tarefa seguinte é selecionar os recursos teóricos e metodológicos a serem usados para a solução do problema.<sup>(20)</sup>

Para pesquisar representação social devem-se considerar três aspectos:<sup>(32)</sup>

- a) O quadro social e histórico que envolve a representação social que será observada;
- b) As tipologias de representações sociais que devem ser preparadas através de análises e sínteses de conteúdo simbólico;
- c) A necessidade de estar inserido no grupo social, assim facilitando a emergência da representação social.

Algumas inovações foram propostas com o avanço dos estudos que utilizaram a Teoria das Representações Sociais, em contrapartida ao modelo dominante de pesquisa científica, resumidas por Sá:

“... origem conceitual de natureza sociológica, em contraposição ao indivíduo do modelo dominante; enriquecimento fenomenal da disciplina; igual ênfase em conteúdos e não apenas aos processos, como no paradigma contestado; diversificação metodológica, com incorporação de técnicas qualitativas e redução da importância antes atribuída à experimentação”.<sup>(20, p.110)</sup>

O saber, na representação social, identifica três dimensões:<sup>(20)</sup>

- a) as condições de produção e circulação das representações sociais;
- b) o conteúdo cognitivo da representação, seu processo e estruturação;
- c) a epistemologia e as pesquisas sobre relações entre o pensamento natural e o pensamento científico. É preciso estudar as três dimensões em conjunto, para que a pesquisa fique completa.

Os temas mais estudados sobre representação social, desde sua origem são: <sup>(33)</sup>

- a) Relação entre ciência e pensamento erudito;
- b) saúde e doença, saúde mental e doença mental, nesta o binômio saúde- doença reflete uma oposição nítida entre indivíduo e sociedade;
- c) desenvolvimento humano;
- d) educação e a relação aluno-professor;
- e) trabalho, profissões, organizações e empresas;
- f) estudos sobre as comunidades, comportamento político e
- g) exclusão social.

Pode ocorrer de a representação social estudada, não ser identificada no grupo pesquisado, sendo este é um dado importante para a pesquisa, pois seus membros podem não falar sobre o objeto. Quer dizer que o acesso à representação social somente pelo discurso dos participantes pode ser um viés a influenciar na confiabilidade da existência da representação, ou se a produção do sentido foi feita a partir de estímulos ou estados psicológicos momentâneos. <sup>(20)</sup>

As respostas podem ter sido dadas pelo participante, mesmo que ele nunca tenha elaborado o assunto para si, ou seja, as representações não refletem um fato da vida social. Como tentativa de evitar esta problemática, o autor sugere que não basta supor que o fenômeno exista no grupo social estudado, é preciso ter alguma confiança de que ele faz parte de comunicações e comportamentos sistemáticos. Para saber de sua existência antes de estudá-las, o pesquisador precisa ter familiaridade com o grupo social, observá-lo e se perguntar quais são as práticas correntes no grupo. <sup>(20)</sup>

Quanto à objetivação e amarração, é indicada uma pesquisa em duas fases, sendo o foco principal a descrição e/ou comparação das representações, para se delinear a origem delas. Para o processo de objetivação, é mais fácil defini-la no meio de comunicação em massa, onde se consolidam, nos tempos modernos, as idéias em imagens. <sup>(20)</sup>

Embora não haja um método definitivo para os estudos da representação social, cada perspectiva adota aquele mais adequado. Para Denise Jodelet, por exemplo, as pesquisas qualitativas são mais adequadas<sup>2</sup>, incluindo a análise de conteúdo de Bardin.<sup>(34)</sup> Para Willem Doise, os tratamentos estatísticos são mais adequados; enquanto para Jean-Claude Abric, o método experimental. Vários métodos de coleta são utilizados, desde entrevistas abertas, semi-estruturadas, questionários abertos e fechados, associação livre de palavras e expressões, levantamento bibliográfico, análise documental, observação de campo, desenhos, etc.

## 2.6 Outros Matizes – O que não é Representação Social

Moscovici salienta que a representação social tem uma definição complexa, mas ela não é sinônima de:

### 2.6.1 Cognição social

O ser humano firma estreita ligação entre a sua cognição e o meio. A cognição social relaciona-se ao estudo da percepção humana, à análise lógica que estabelece do meio externo, das outras pessoas e de suas vidas psicológicas.

Fazem parte desse processo conceitos como esquema e *scripts*. Moscovici postula que os esquemas são conexões cognitivas estabelecidas anteriormente, que direcionam o processo de percepção, ordenando o fluxo das informações assimiladas. *Scripts* são como o roteiro de uma novela, modelos ou rascunhos, onde o presente reedita o passado, desta forma, excluindo a surpresa e os elementos imaginários.<sup>(35)</sup>

Para o autor, a principal diferença em relação à representação social, é que esta constrói um objeto de pesquisa, sem trabalhar a informação com neutralidade.

---

<sup>2</sup> Método adotado neste trabalho

### 2.6.2 Mito

O mito descreve padrões de vida em estórias, parábolas e desenhos. A função do mito, para Guareschi,<sup>(36)</sup> é adaptar o homem em seu mundo, e não explicar a realidade. Ele afirma que o mito não possui a historicidade que é concebida no conceito de representação social.

A narrativa do mito não é questionável, caracteriza-se por ser uma primeira leitura do mundo, o ponto-de-partida para a compreensão do ser.<sup>(37)</sup>

Moscovici,<sup>(16)</sup> insiste na diferença entre mito e representações sociais, e justifica que o mito é considerado em nossa sociedade como algo arcaico, primitivo, uma forma inferior de pensar e se situar no mundo. Esta visão se estenderia às representações sociais, mas estas não são arcaicas, são até normais na sociedade atual "... seja qual for o futuro das ciências, elas sempre deverão passar por transformações para se tornarem parte integrante da vida cotidiana da sociedade humana".<sup>(16, p.43)</sup>

### 2.6.3 Atitude

O conceito de atitude sofreu alterações com o passar do tempo. Tornou-se uma disposição mental que influencia o comportamento, de forma direta e dinâmica. Ela reflete as disposições favoráveis, desfavoráveis ou neutras em relação ao objeto representado. A atitude, de forma ampla, dirige-se ao objeto da representação social, quer dizer, a primeira é uma dimensão desta última. São menos estáveis, quando comparadas com valores. A atitude é a menos indiferente aos componentes afetivos, em relação à cognição.<sup>(18,35,36,38)</sup>

### 2.6.4 Opinião

A opinião implica em escala de valores e a posição do indivíduo em seu grupo. Enquanto a representação social abrange a construção do conhecimento e

sua mudança, na opinião o sujeito é chamado a exprimir-se contra ou a favor de algo. Pode afetar, direta ou indiretamente, a direção da ação. É socialmente aceita e, vista pelo ângulo da resposta emitida, é uma preparação para a ação.  
(16)

### **2.6.5 Imagem**

A imagem é um reflexo interno da realidade externa, que influencia o julgamento de valor. Trata-se de uma cópia internalizada do objeto externo, como a convergência captada em uma imagem visual. Assim como a opinião, abrange escala de valores e a posição de um indivíduo em seu grupo.<sup>(16)</sup>

### **2.6.6 Ideologia**

Moscovici postula três fases de evolução do conhecimento:<sup>(39)</sup>

- a) a fase científica, na origem da nova teoria;
- b) a fase representacional, o conhecimento na esfera da representação;
- c) a fase ideológica, onde o grupo social se apropria do conhecimento e o reconstrói como um conhecimento social. Nesta fase, as representações passam a ser objeto comum do grupo social, atuando no universo reificado.

Marx sustentava que a ideologia estabelece a relação entre dominação e proletariado, deixando de lado o seu fator cognitivo; porém, exclui estudos sobre percepção, criatividade e imaginário, que tanto influenciam as relações sociais humanas.<sup>(39)</sup>

### **2.6.7 Ciência**

A ciência visa um controle da natureza e a verdade sobre os fenômenos naturais, enquanto as representações sociais se apoderam da ciência, ao mesmo tempo em que a constituem e re-constituem, através das relações sociais envolvidas. A pesquisa de Moscovici a respeito do impacto da Psicanálise nas diversas classes sociais, concluiu que o reconhecimento de uma ciência, no âmbito social, é conseqüente ao grupo social a que pertence o indivíduo que a percebe.<sup>(16)</sup>

### 3 MENTE SÃ EM CORPO SADIO: POR UMA VISÃO INTEGRAL EM SAÚDE

Tanto no Ocidente como no Oriente, desde tempos remotos, sabe-se que a vinculação entre corpo e mente, ou comportamento e saúde estão ligadas às reflexões sobre a doença. Neste sentido, a saúde seria o resultado de um longo processo: de ser construída e mantida. A doença, seria como a perda da ingenuidade: irreversível, porque o ser humano pode ter a capacidade de se recuperar, mas já não será a mesma pessoa. Então, cultivar a saúde seria o oposto à ilusão de *voltar* à saúde, como em um caminho sem *volta*.<sup>(26,38)</sup>

A saúde e a doença passaram de uma compreensão mística para científica, conforme a evolução do conhecimento científico e tecnológico sobre o corpo humano, avançando de forma mais rápida e precisa a partir do século XIX. De um ser influenciado somente pelo divino, o homem passou a ser visto em sua existência biológica e mental, implicando em fragmentação de seu corpo e sua alma para seu melhor entendimento. O corpo e a mente começaram a serem estudados pelos gregos; o corpo, através da anatomia, começou a ser estudado na Idade Média, assim como o cérebro e a mente, que a partir de Descartes e, posteriormente, de forma mais detalhada por Freud, também passaram a ser objeto de especulações científicas. O ser humano transformou-se, então, em um conjunto de porções que interagem entre si. Também a fragmentação da medicina em especialidades, como cardiologia, oftalmologia, dermatologia, etc, contribuiu para que o homem passasse a ser cindido e analisado, caminho inverso de como deve ser concebida a saúde.<sup>(7, 33, 41)</sup>

A medicina ocidental moderna nasceu no país da filosofia. Na Grécia antiga Sócrates, Platão e Aristóteles proclamavam o ser humano unitário e indivisível. O pai da medicina, Hipócrates (séc. IV a.C.), teve por objeto a pessoa em sua totalidade, sendo a doença entendida como uma reação global da pessoa, envolvendo corpo e *espírito*; a terapêutica deveria restabelecer a harmonia da pessoa com seu ambiente e consigo mesma. Pode-se dizer que esta postura da corrente monista, seria o postulado pioneiro da atual medicina psicossomática.<sup>(42)</sup>

A segunda corrente, dualista, parte da visão de Galeno (séc. I d.C.), que tinha por objeto a doença, como se fosse autônoma em relação ao portador e autenticada por uma lesão anatomoclínica; a terapêutica visando localizar a

doença e extirpá-la, se possível. Esta concepção mecanicista corresponde aos primórdios da medicina cartesiana e reducionista, base da medicina convencional da atualidade.<sup>(42)</sup>

A partir do século XVII, René Descartes sistematizou filosoficamente uma divisão entre corpo (*res extensa*) e mente (*res cogitans*), amenizando, com isso, o antigo conflito de poder entre Medicina e Igreja. Serviu também como base filosófica para os avanços tecnológicos, com a tendência a considerar o corpo uma máquina, sujeito às leis das ciências exatas (física e química), gerando extenso conhecimento sobre fisiologia, patologia e tecnologia diagnóstica e terapêutica. Esta corrente predominou sobre a concepção monista principalmente na época de Pasteur e Koch, com a descoberta das etiologias específicas das infecções, representando extraordinário avanço na biologia. Assim foi se construindo o modelo *biofísicoquímico* do ser humano, e o binômio saúde/doença passou a ser entendido em relação a este modelo.<sup>(42)</sup>

O estudo científico sobre os fatos humanos passou a utilizar o método das ciências exatas<sup>3</sup>, no século XIX. Esse método foi denominado positivismo e seus adeptos, os positivistas, eram pensadores como Durkheim, Hume e Comte. Em oposição ao positivismo surgiu o movimento que caracteriza o estudo das ciências humanas no modo compreensivo, que busca extrair dos fatos humanos o seu significado. Os pensadores que defendiam este método eram, principalmente, Wildelband e Dilthey, que ressaltavam a peculiaridade dos fenômenos humanos e a necessidade de descrições qualificativas da experiência de viver.<sup>(42)</sup>

O feito de resgatar a condição humana ao corpo-máquina, pertence a um médico neurologista, Sigmund Freud, quando defendeu que a historicidade do indivíduo tem íntima ligação com seu estado de saúde/doença. Estudando a dinâmica do aparelho psíquico, pela via humanista, Freud salientou que também existe homeostase no aparelho mental, resgatando a noção hipocrática de *pessoa doente*, e não apenas de doença.<sup>(42)</sup>

Psicologia da saúde e medicina psicossomática são, hoje, vanguarda do pensar e do fazer na área da saúde. A base desta vanguarda já tem 2.500 anos, e nos defrontamos ainda com a fragmentação e desarticulação das ciências e profissionais da saúde. Este é o paradoxo com que nos deparamos ao pensar a unidade indivisível da saúde, multifacetada em disciplinas diversas.<sup>(26,41,42)</sup>

---

<sup>3</sup> Método experimental que busca regularidades estatísticas, que levem à formulação de leis; explicativo.

### 3.1 Pensando Saúde...

O Relatório Mundial de Saúde, em 1987, reafirmou a definição de que a saúde não era simplesmente a ausência de doença, mas sim um estado de completo bem-estar físico, social e mental.<sup>(7)</sup> Como antes se acreditava, a saúde não é a ausência de sintomas, mas sim um funcionamento integral que maximiza os recursos do organismo, diminuindo a vulnerabilidade aos processos causadores de enfermidade.<sup>(43)</sup>

A concepção de saúde envolve um complexo processo qualitativo de funcionamento sistêmico do organismo, integrando o somático e o psíquico, "...formando uma unidade, onde a afetação de um atua necessariamente sobre o outro".<sup>(43, p.7)</sup>

A definição de saúde da Organização Mundial de Saúde - OMS, parece ainda manter a percepção de saúde como um estado independente e estático. Werner critica esta concepção que, embora seja operativamente conveniente, para fins de discussão, separa a saúde mental da saúde física e constitui uma ficção criada pela linguagem. Salienta que a maioria das doenças "mentais" e "físicas" é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Além disso, reconhece que hoje em dia os pensamentos, os sentimentos e o comportamento exercem um impacto significativo na saúde física. Da mesma forma reconhece-se que a saúde física exerce uma considerável influência sobre a saúde e o bem-estar social.<sup>(44)</sup>

Observa-se a evolução do conhecimento científico, desde que a saúde era considerada algo divino e passou a ser algo concreto, onde a saúde era a ausência de doença. No modelo mecanicista, a doença era uma peça defeituosa do homem-máquina, estabelecendo uma relação linear entre causa e efeito e excluindo os aspectos interfuncionais, isolando o sujeito social da doença que o aflige e das condições de vida e hábitos que a produzem.<sup>(33)</sup>

A atual perspectiva da OMS mostra-se organicista, mesmo entendendo o indivíduo como um todo, e o binômio saúde-doença dinâmico, considerando mais fatores causais como o meio social, ambiente, hormônios, etc. Porém, assim como o modelo explicativo mecanicista, este modelo organicista também culpa o indivíduo, pois ele como um todo é defeituoso, frágil e despreparado.<sup>(33,</sup>

Para compreender de forma integrada e global a saúde, há que se ressaltar o adjetivo *dinâmica*, que enfatiza a permanente modificação das proporções entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais que compõem o quadro atual da pessoa.<sup>(44)</sup>

Definir um padrão de saúde é tarefa árdua, torna-se mais interessante pensar em qualidade de vida, considerando as limitações impostas pelo social, ambiente ou físicas como, por exemplo, ser idoso, sofrer de Alzheimer, morar em uma região economicamente carente, e ter qualidade de vida.<sup>(33)</sup>

A concepção histórico-cultural relaciona o processo saúde-doença ao conceito de qualidade de vida e à permanente interação do sujeito com seu contexto social.<sup>(44)</sup>

No conceito de qualidade de vida<sup>4</sup>, a idéia de saúde se amplia, abrangendo o estilo de vida, que permite ao sujeito ser interessado e autodeterminado; com uma personalidade estruturada com mecanismos e funções que possibilitem expressar seus desejos e enfrentar as contradições e frustrações que a vida implica. O estilo, ou modo de vida é um conceito em que se expressam as motivações essenciais do indivíduo em um sistema de atividades concretas (o que justifica a importância do significado desta categoria para o estudo da saúde humana). Além do conjunto de atividades que caracterizam o modo de vida e do nível de implicação do indivíduo neste, também é de suma importância o sistema de hábitos pelo qual o sujeito se expressa.<sup>(43)</sup>

Saúde é, então, uma expressão multiderminada, onde se combinam intimamente fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais, sociais e psicológicos. Estudos têm demonstrado que muitas doenças têm uma etiologia psicossomática. O mental interfere no somático não somente pelo surgimento de sintomas, mas pelos variados mecanismos, formações e manifestações funcionais que geram insegurança, ansiedade, depressão, e outras formas de expressões psicológicas não sanas; que uma vez atingindo certo equilíbrio *personológico* afetam por múltiplas vias o funcionamento somático do organismo.<sup>(43)</sup>

A interface saúde e doença passa a ser entendida como um processo em que uma não exclui a outra, portanto, não há um estado completo de saúde.

---

<sup>4</sup> Este conceito será desenvolvido adiante, no item 3.3 deste capítulo, devido à importância e necessidade de aprofundamento epistemológico sobre qualidade de vida.

A postura de trabalhar com os fatos objetivos e subjetivos do indivíduo abrange os mecanismos de interação entre as dimensões mental, corporal e contextual. Isto é o que subentende a visão do todo biopsicossocial.<sup>(42,43)</sup>

O sistema de saúde público brasileiro e sua cultura de funcionamento impõem aos seus usuários um tipo de tratamento que ainda apresenta resquícios da dualidade mente-corpo. Trata-se o corpo, ou o físico, e o psicológico de formas separadas, o que impossibilita uma produção conjunta entre os especialistas que trabalham no Sistema Único de Saúde. As relações de trocas entre os diferentes membros não tem sido marcadas pela uniformidade de objetivos a serem atingidos. Eventualmente, os atendimentos até ocorrem em um mesmo ambiente, porém nem sempre as tarefas e constatações são compartilhadas. Considerar o termo multidisciplinar seria mais honesto, compreendendo-o como o atendimento do mesmo paciente por vários profissionais, mas não de forma integrada e complementar nas instituições de saúde. Médicos, psicólogos e demais profissionais da saúde deveriam trabalhar conjuntamente tentando identificar a complexidade estrutural e funcional, em que fatores de risco interagem numa diversidade e funcionamentos únicos. A crença de que para cada mal há um remédio é um fator agravante das dificuldades atuais, favorecendo a *cultura do remédio*, que deve ser combatida, pois remédios não resolvem causas psicológicas de doenças, ou da dinâmica social do indivíduo, podem apenas amenizar os sintomas.<sup>(33, 42)</sup>

Pressupostos anteriores e pressupostos atuais sobre saúde e doença:<sup>(45)</sup>

PARADIGMA ANTIGO	PARADIGMA NOVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corpo – mente</li> <li>• Corpo – máquina; como uma extensão da tecnologia; deve ser dominado;</li> <li>• Problemas psicossomáticos são idênticos a problemas mentais</li> <li>• A mente é um fator secundário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mente semelhante ao corpo;</li> <li>• O corpo em harmonia com o ambiente, contexto; um campo de energia;</li> <li>• Adoecer como um processo;</li> <li>• Doenças psicossomáticas devem ser abordadas por diversos profissionais (multidisciplinar);</li> <li>• A mente é um fator primário.</li> </ul>
TRATAMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos sintomas;</li> <li>• Exclusivo de especialistas;</li> <li>• Intervenções médicas e cirúrgicas</li> <li>• Ênfase nos sintomas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há uma busca de modelos e causas além dos sintomas;</li> <li>• Visão do paciente como um todo;</li> <li>• Intervenção mínima – sem técnicas agressivas;</li> <li>• Ênfase na qualidade de vida.</li> </ul>

**Quadro 1** - O antigo e o novo paradigma.<sup>5</sup>

Fonte: Modelo de Ferguson.<sup>(45)</sup>

<sup>5</sup> O conceito de paradigma é o de Gialdino, adotado por Polônia e Alves, e define paradigma como marco teórico-metodológico que objetiva interpretar, apreender um dado fenômeno ou realidade e serve também de modelo de resolução de problemas dentro de uma comunidade científica.<sup>(46)</sup>

A evolução histórica e social do ser humano está intimamente ligada ao processo de saúde, o que justifica as diversas tendências em sua concepção nos diferentes períodos, o avanço tecnológico e da biotecnologia é outro aspecto que influencia, bem como a estruturação de uma personalidade saudável. Para os humanistas, a personalidade saudável possui as seguintes características: capacidade do indivíduo de assumir suas próprias decisões; de amar; criatividade; de realizar trabalhos produtivos; lidar com as dificuldades existenciais; flexibilidade nas relações e novas situações; e, a preocupação com seu ambiente, físico e social. <sup>(43)</sup>

A promoção da saúde é concebida de forma integral, em uma visão horizontal da interação funcional do organismo, que é fruto de uma história de vida e tem uma natureza social, não apenas orgânica. O ambiente físico e social estão em constante interação com o indivíduo e afetam seu desenvolvimento. <sup>(46)</sup> Analisar o ser humano sob uma única ótica caracteriza uma herança positivista, que não faz sentido quando observamos o mundo real e as influências culturais e de todo o contexto social.

As semelhanças entre prevenção e promoção de saúde caracterizam as funções complementares destas, porém a questão principal seria não incompatibilizar as ações. Polônia e Alves<sup>(46)</sup> apresentam a síntese destes dois conceitos em um quadro adaptado de Restepo. <sup>(47)</sup>

continua

	<b>PROMOÇÃO</b>	<b>PREVENÇÃO</b>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atuação sobre os determinantes da saúde integral;</li> <li>- criar opções saudáveis e de fácil acesso às populações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- redução dos fatores de risco e das doenças;</li> <li>- proteger os sujeitos contra riscos específicos.</li> </ul>
Ações	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dirigem-se a todos os sujeitos, aos grupos especiais e às condições relacionadas com a saúde integral;</li> <li>- sistemas múltiplos, interdependentes a processos sociais, culturais, políticos que influenciam a qualidade de vida e a saúde dos povos.</li> </ul>	<p>Primária: - pessoas ou grupos de risco em relação às doenças e problemas;</p> <p>Secundária: - pessoas, grupos ou doentes que não apresentam sintomas evidentes do problema;</p> <p>Terciária: - indivíduos que apresentam o problema já instalado, objetivando reduzir, minimizar sua incidência ou morte.</p>

conclusão

	<b>PROMOÇÃO</b>	<b>PREVENÇÃO</b>
Modelos	- modelos sócio –políticos e sócio-culturais, assegurando a articulação entre eles.	Primária: - modelos clássicos de saúde pública e medicina preventiva com ênfase nos fatores de risco; Secundária: - modelo de identificação antecipada dos riscos e também práticas clínicas preventivas; Terciária: - modelos de práticas clínicas preventivas e de reabilitação.
Papel dos interventores	- grupos de interventores que apresentam diferenciada capacidade, envolvendo a comunidade, grupos políticos, profissionais de saúde e de educação, e voluntários, enfocando o desenvolvimento de capacidades e competências sociais nos indivíduos e na população em geral.	Primária: - interventores sociais: políticos, educadores, comunitários, profissionais de saúde, fomentando ações educativas e promovendo competências sociais á população; Secundária: - identificação na população ou grupos que apresentam um dado problema, manejo clínico e capacitação técnica a fim de minimizar a difusão dos efeitos nocivos; Terciária: - redução do problema, na população que já o apresenta.

**Quadro 2** - Promoção e prevenção de saúde - aspectos gerais.

Fonte: Adaptado por Polônia e Alves, 2003.<sup>(46)</sup>

### 3.2 Autocuidado

Os estudos em autocuidado remontam ao século passado. Dupas descreve os primeiros conceitos neste sentido: Dorothea Orem, enfermeira dos Estados Unidos, em 1958, foi a pioneira no estudo de um modelo conceitual para direcionar as práticas de auto cuidado. Para ela o auto cuidado é “a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam pôr si mesmos para manter, promover, recuperar e/ou conviver com os efeitos e limitações dessas alterações

de saúde, contribuindo para sua integridade, funcionamento e desenvolvimento". Atualmente, a expressão auto cuidado é usada como sinônimo de cuidado de si próprio, melhora no estilo de vida, e toda a ação que promova a qualidade de vida, evitando hábitos nocivos. É um comportamento que implica no papel ativo do indivíduo em prática de atividades que desempenha em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem estar.<sup>(48)</sup>

### 3.3 Em busca da Qualidade de Vida

Um fenômeno complexo e simbólico como a vivência do envelhecimento associa à vida a dimensão temporal (quantidade) e o conceito de qualidade.

Qualidade de vida é uma das terminologias mais interdisciplinares da atualidade, servindo como elo em pesquisas das mais diversas áreas do conhecimento, como a sociologia, psicologia, medicina, enfermagem, história social, economia e outras. Esta amplitude é atribuída à diversidade de significados do termo.<sup>(49)</sup>

O WHOQOL *Group*, grupo da Organização Mundial da Saúde (OMS) que estuda qualidade de vida define-a como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.<sup>(50)</sup>

Qualidade de vida pode ser definida como a sensação de bem-estar do indivíduo. Este é proporcionado pela satisfação de condições objetivas, como renda, emprego, objetos possuídos e qualidade de habitação; e de condições subjetivas como segurança, privacidade, reconhecimento, afeto.<sup>(51)</sup>

Para se obter qualidade de vida, é necessário um equilibrado e harmonioso conjunto de realizações em vários níveis: saúde, trabalho, lazer, sexo, família e espiritualidade. Devem ser considerados, ainda, critérios como inserção social, realização pessoal, liberdade, amor e solidariedade, além da satisfação e felicidade.<sup>(52,53)</sup>

Entre os diversos autores citados, a qualidade de vida tem componentes subjetivos e objetivos, mas percebe-se uma concordância de que avalia-la é uma forma subjetiva de compreender a vivência da realidade objetiva.

Este é um conceito marcado pela subjetividade, incluindo os componentes essenciais da vida humana, quer sejam físicos, psicológicos, sociais, culturais ou espirituais.<sup>(54)</sup>

No idoso a qualidade de vida pode ser definida pela determinação, precisão e busca de objetivos de vida, o quê é fomentado por estados anteriores do desenvolvimento.<sup>(55)</sup>

Considerando que qualidade de vida é um valor subjetivo, Fleck afirma que esta só pode ser avaliada pela própria pessoa cuja qualidade de vida está sendo medida.<sup>(50)</sup>

Em uma perspectiva ampla do processo saúde e doença, pode-se perceber que os critérios que o condicionam estão intrinsecamente ligados aos determinantes da qualidade de vida.

### **3.4 Não há moléstia, nem bem, que para sempre durem... A doença**

A enfermidade é um sistema a ser compreendido em suas peculiaridades, considerando sua idiossincrasia, onde a constituição individual, a personalidade dos indivíduos, faz com que a experienciem diferentemente, realizando a opção por uma conduta, entre múltiplas alternativas de comportamento.<sup>(33)</sup>

O sentido que a enfermidade adquire para o sujeito, não somente está muito relacionado com a sua personalidade, mas é determinado por esta. Assim, a enfermidade pode representar, para alguns, um incentivo para otimizar todos os recursos em sua recuperação e alcançar inúmeros objetivos ainda não atingidos, o que acaba se convertendo em um importante fator psicológico para o seu restabelecimento; enquanto que para outros, a enfermidade é um motivo para justificar sua passividade perante a vida. É relevante entender o adoecimento com possível relação a uma crise, na concepção de Caplan, um período de instabilidade psíquica que pode ser superado com maturidade, ou gerar soluções mal-adaptativas.<sup>(42,43)</sup>

A percepção que o indivíduo faz da doença influencia no quadro sintomatológico e na progressão da mesma. Toda doença somática tem dois níveis de repercussão sobre a saúde psíquica: O primeiro nível é representado

pela repercussão das mudanças associadas à enfermidade nos processos somáticos que afetam o psíquico; o segundo plano estaria dado pelo reflexo da enfermidade na própria estrutura psicológica da personalidade (a imagem que o sujeito forma da enfermidade e sua própria autoavaliação no processo de doença), reflexo este que sempre aparece mediado pela posição que o indivíduo assume como sujeito da enfermidade.<sup>(43)</sup>

Em uma revisão sobre os conceitos de doença, encontramos a contribuição de diferentes autores. Na língua francesa existe apenas a palavra *maladie* para definir a doença, enquanto na língua inglesa existem três ou quatro dimensões:<sup>(27, 42, 56, 57)</sup>

- a) doença (*disease*), processo fisiopatológico que determina uma disfunção. A doença propriamente dita, anormalidades e patologias reconhecidas pela biomedicina. Estado de disfunção e conseqüente deficiência do indivíduo;
- b) adoecimento (*illness*), estado subjetivo do indivíduo, decorrente da conscientização da doença. Percepções, vivências e implicações sociais do adoecer;
- c) enfermidade (*sickness*), a soma dos conceitos anteriores, abrangendo a doença e o processo de adoecimento. Alguns autores a compreendem como um conceito de socialização, outros a definem como um simples mal-estar, ou um estado menos grave de adoecer;
- d) anormalidade (*sick role*), seria o *papel de doente* que a pessoa assume na sociedade, correspondente a uma disfunção social, que afeta o relacionamento com outras pessoas. Os principais aspectos intrínsecos a esse papel seriam: a irresponsabilidade do paciente pelo seu estado, a dependência e o afastamento de outros papéis sociais.

A enfermidade, como foi definida, integra a fisiopatologia (doença) com as concepções sócio-culturais, históricas, de subjetividade do sujeito (adoecimento), estabelecendo uma interface com as representações do doente e do médico.<sup>(56)</sup>

O conhecimento popular sobre o adoecer está relacionado ao conhecimento médico, que caracteriza um modelo explicativo do adoecimento e as doenças crônicas são reinterpretadas por seus portadores, passando para a

esfera do adoecimento<sup>6</sup> (illness). O modelo explicativo envolve cinco fatores: a origem do quadro sintomatológico, sua etiologia; o conjunto de sintomas; a fisiopatologia; o curso da enfermidade, o grau de severidade e a posição assumida pelo paciente perante seu quadro; e, o tratamento.<sup>(57)</sup>

Murray e Lopez realizaram a quantificação das mortes ocorridas nas várias regiões do mundo, das mortes prematuras e dos 10 maiores impactos incapacitantes que atingem a população, e uma estimativa para os próximos anos, sintetizados abaixo, na tabela 4.

**Tabela 4**  
Dez primeiras causas de doença em 1990 e projeção para 2020.  
Global, 1997

1990	2020
1. Infecções respiratórias baixas	1. Doença isquêmica do coração
2. Doenças diarréicas	2. Depressão unipolar
3. Condições do período perinatal	3. Acidentes de trânsito
4. Depressão unipolar	4. Doença cérebro-vascular
5. Doença isquêmica do coração	5. Doença pulmonar obstrutiva crônica
6. Doença cérebro-vascular	6. Infecções respiratórias baixas
7. Tuberculose	7. Tuberculose
8. Sarampo	8. Lesões e traumas derivados de gerras
9. Acidentes de trânsito	9. Doenças diarréicas
10. Anomalias congênitas	10. AIDS

*Fonte: Murray e Lopes<sup>(58)</sup>*

A estimativa mostra que para as enfermidades transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais, controláveis por medidas de promoção da saúde, as perspectivas são de redução. Inversamente, as doenças não-transmissíveis, de natureza crônica e degenerativa, ou decorrentes de lesões por acidentes, traumatismos e outras formas de violência individual e social, a tendência é claramente de acréscimo; embora haja desigualdades imensas entre as regiões ricas e pobres do mundo. Conclui, ainda, que as doenças psiquiátricas têm sido subestimadas nas estatísticas de saúde.<sup>(58)</sup>

### 3.5 Para onde os ventos sopram... Pesquisas de Representação Social

A experiência de cada pessoa, os valores e a informação que circula em cada sociedade se integram, através de uma elaboração psicológica, numa

<sup>6</sup> Como definido na página anterior.

imagem significativa, construindo a representação social da saúde e da doença.<sup>(59)</sup> Moscovici a subdivide em:<sup>(35,60)</sup>

- a) orgânica, onde o motivo principal é o físico, e a medicina é a única forma de tratar;
- b) relacionada ao estilo de vida e às interações prejudiciais com o meio. Essas representações seriam construídas através das informações transmitidas socialmente, e também pela própria experiência passada do indivíduo.

Estudos de História Cultural, Sociologia e Antropologia Médica, em uma revisão teórica destacaram alguns pontos em relação à representação social da saúde e da doença:<sup>(23)</sup>

- a) a etiologia da doença é interpretada de forma diferente em grupos sociais diversos, o que não obedece à lógica médica;
- b) símbolos, esquemas e noções do contexto social e cultural auxiliam o sujeito na interpretação do fenômeno sócio;
- c) a doença é um fenômeno significativo, porém o médico interpreta os sintomas com o seu conhecimento científico, enquanto o paciente cria um modelo explicativo próprio, baseado em seu conhecimento cultural;
- d) a história da medicina mostrou que a interação entre o saber científico e o senso comum pode ocorrer, nos dois sentidos;
- e) as representações de saúde e doença estão articulam-se com aspectos biológicos e sociais;
- f) a evolução tecnológica provoca mudanças nas concepções;
- g) o senso comum é influenciado pelo modelo biomédico, que gera uma corrente de imagens, onde o corpo aparece como máquina e a doença como defeito.

A representação social da saúde e da doença requer a investigação dos valores, regras sociais e modelos culturais para seu estudo, além da observação da prática das pessoas em relação a este tema. Galli e Fasanelli pesquisaram os componentes da representação social da saúde e da doença: a informação, o campo representacional e a atitude. Na primeira fase do estudo realizaram entrevistas com 86 crianças, e na segunda fase foi trabalharam com a livre associação. O resultado mostrou a atitude da pessoa saudável como oposta à da pessoa doente, e uma concepção de movimento no caso da saúde, e de inércia

na doença. Apresentou também uma dicotomia entre aspectos positivos e negativos. No campo da doença mostrou diferentes termos, conforme a aceitação ou não desta. Como conclusão, a saúde aparece representada pelo comportamento, pelo movimento, bem-estar físico e psicológico, enquanto a doença, por tratamentos e inércia.<sup>(61)</sup>

Em uma revisão crítica sobre a representação, discussão e experiência da doença, Gomes et al., relatam a concepção do antropólogo Good sobre as temáticas de representação da doença:<sup>(56)</sup>

- a) A herança da tradição empirista: procura estudar as representações pelo senso comum, onde a doença é algo natural e separada da consciência humana;
- b) A antropologia cognitivista: preocupa-se com a interação da cultura e da linguagem e a influência sobre a percepção; as representações são mais mentalistas, oriundas dos conhecimentos adquiridos pela sociedade e pela História;
- c) A abordagem interpretativa: centra-se no significado, concebe a representação como resultante do processo cultural. Trata-se de um modelo explicativo, com a articulação de saúde e doença em uma trajetória que compreende a influência das práticas sociais, processos sociais, psicológicos e fisiológicos.
- d) A perspectiva crítica: enfoca a produção social da doença através de questões econômicas e políticas.

Sevalho<sup>(59)</sup> considera necessário uma interface entre a História, Psicologia e Antropologia para se compreender a representação social da saúde e da doença. Em uma revisão histórica, constatou tênues mudanças nas representações, mantendo-se elementos primitivos. O quadro abaixo, elaborado por Guimarães<sup>(33)</sup>, resume onze momentos descritos pelo autor:

continua

Povos sem escrita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença como resultado de entidades sobrenaturais ou externas;</li> <li>• Nada poderia ser feito pelo ser humano doente.</li> </ul>
Povo com escrita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença como obra dos deuses, fruto do humor divino, maldições, castigos divinos;</li> <li>• Doença-punição, por erro individual ou grupal; Ainda há resquícios desta concepção nos dias atuais, indicados pela presença de medo e culpabilidade relacionados à doença.</li> </ul>

conclusão

Gregos hipocráticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correspondência entre elementos do corpo e da natureza;</li> <li>• Existiam 4 humores corporais: água, terra fogo e ar; o equilíbrio entre eles era condição para saúde;</li> <li>• O equilíbrio era alcançado por atividades físicas, vivência harmoniosa com o ambiente e por hábitos alimentares;</li> <li>• Ser humano visto como parte da natureza.</li> </ul>
Idade Média	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte influência da Igreja Católica;</li> <li>• Representações continham alto teor religioso;</li> <li>• Autoflagelo para expiar os pecados durante a epidemia da peste negra;</li> <li>• Sensação de que deveria ser mantida distância do doente, afastar o desconhecido; medo do sofrimento e da morte.</li> </ul>
Renascimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Racionalidade humanista e individualista, capital mercantil, queda dos feudos;</li> <li>• Racionalismo científico, base da ciência moderna, empirismo indutivo e o racionalismo dedutivo de Bacon e Descartes;</li> <li>• Ser humano conquistador, capitalista e proprietário;</li> <li>• Começo das práticas terapêuticas intervencionistas.</li> </ul>
Século 17 e 18	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foco nos elementos sólidos do corpo, e não mais nos humores; força física;</li> <li>• Contagem da população viva e morta, interesse pelas causas das mortes;</li> <li>• Excesso ou falta de estimulação de fatores externos possibilitariam a doença, mensuração entre o normal e o anormal ou patológico.</li> </ul>
Século 18	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Classificadores de doenças, consequência das contagens populacionais;</li> <li>• Agrupamento e catalogação por gêneros, classes, ordens e espécies de doenças;</li> <li>• Observação da periodicidade das doenças conforme as estações do ano;</li> <li>• A doença brotava do meio ambiente.</li> </ul>
Século 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revolução industrial;</li> <li>• Conhecimento médico no ambiente social, medicina social controladora do meio ambiente prejudicial;</li> <li>• Medicina fisiológica contra a clínica; perseguia somente sinais e sintomas das doenças e não as suas causas;</li> <li>• As causas para a medicina social era o meio externo, o ar poluído e miasmas.</li> </ul>
Século 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introdução do conceito de energia termodinâmica de Newton; junção do empirismo indutivo de Bacon e o racionalismo dedutivo de Descartes;</li> <li>• Separação de potências que podiam ser transmitidos a outros corpos;</li> </ul> <p>Contágio por miasmas, Microbiologia de Pasteur, contagionistas, embate com os anticontagionistas.</p>
Segunda metade do século 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Microscópio, correspondente biológico do átomo da física;</li> <li>• Era preciso penetrar no corpo para se buscar a doença, acreditava-se que ela se tornava cada vez mais inacessível no espaço interno do corpo;</li> <li>• Tudo se originava de partículas cada vez menores, Microbiologia, micróbios eram agentes de doenças.</li> </ul>
Início do século 20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A doença permanecia sendo a deterioração do corpo, o apodrecimento e o mal cheiro que exalava.</li> </ul>

**Quadro 3** - A história da representação social da saúde e da doença, 2005

Fonte: Quadro adaptado por Guimarães, 2005.<sup>(33)</sup>

Conforme o quadro acima, observamos que ainda subsiste a representação empirista de saúde–doença, onde a doença é localizável no corpo e saúde é ausência de doença.

Estudo com 11 usuários de um centro de atendimento psiquiátrico, visando analisar suas representações sobre o tratamento, mostrou três categorias temáticas em seus resultados:

- Tratar é ser medicado;
- Tratar é ser cuidado e
- Tratar é estar em atividade.

A primeira categoria ressalta a importância do tratamento medicamentoso, considerando o enfermeiro e o psicólogo como profissionais secundários ao médico. O trabalho conclui que, para os sujeitos pesquisados, o sucesso do tratamento está relacionado com a volta ao mercado de trabalho e ao seu contexto social. <sup>(62)</sup>

Estudos sobre a representação social do envelhecimento e sua relação com as práticas sociais auxiliam na compreensão de sua influência na qualidade de vida dos idosos.

Teixeira, Schulze e Camargo realizaram um estudo que tratou da temática da representação social da saúde na velhice. Participaram do estudo quatro grupos de sujeitos: um grupo de idosos doentes, um grupo de idosos saudáveis; um grupo de trabalhadores de um Centro de Saúde da rede municipal do Sistema Único de Saúde de Florianópolis e um grupo de pessoas que cuidavam de idosos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Os dados foram coletados através da técnica de entrevista e a análise dos mesmos foi realizada com a ajuda de um software de análise quantitativa de dados textuais denominado *Alceste*. O dado de consenso que surgiu nas respostas de todos os participantes, foi a respeito da importância da autonomia para o idoso saudável; enquanto a diferença apareceu na valorização que os idosos atribuem aos fatores mentais para explicar o idoso saudável, enquanto para os profissionais salientou-se a questão do acesso aos serviços de saúde. Os resultados mostraram que, ao que parece, os locais pesquisados ainda não conseguiram implementar todos os programas necessários para resolver os problemas de saúde da população idosa que atende. <sup>(63)</sup>

O trabalho desenvolvido pelo projeto WHOQOL-OLD investigou sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice. Assim, o

estudo objetivou apresentar a metodologia utilizada e os resultados dos grupos focais para avaliação da qualidade de vida do idoso. Foram realizados cinco grupos focais no Brasil. O método amostral foi o de conveniência. Dezoito idosos e cinco cuidadores participaram dos grupos focais. Todos os grupos obedeceram a uma metodologia pré-estabelecida. Observou-se uma tendência de associação entre qualidade de vida e bem-estar ou sentir-se bem. Espontaneamente, as respostas incluíram os seis domínios propostos no WHOQOL-100, reforçando a multidimensionalidade do construto. Os resultados corroboram com a hipótese de que os idosos constituem um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades de importante relevância para a qualidade de vida.<sup>(64)</sup>

Estudo realizado em conjunto pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUC do Rio Grande do Sul e pelo Departamento de Psiquiatria da Unifesp ouviu um grupo de pessoas com mais de 80 anos. O objetivo do estudo foi identificar: a prevalência de octogenários que avaliavam sua vida atual na velhice como preponderantemente de uma qualidade positiva e quais aspectos eles identificavam como os determinantes desta qualidade positiva. Igual estudo em paralelo foi feito com sujeitos que avaliavam a velhice como uma experiência preponderantemente negativa. Uma amostra randômica e representativa de 35% dos idosos com mais de 80 anos residentes na comunidade foi selecionada entre os residentes em Veranópolis, Rio Grande do Sul. Um questionário semi-estruturado de qualidade de vida foi aplicado, bem como a escala de sintomas depressivos "*Geriatric Depression Scale*" (GDS) e o "*Índice de Saúde Geral Cumulative Illness Rating Scale*" (CIRS). Um pouco mais da metade dos idosos estudados (57%) definia sua qualidade de vida atual com avaliações positivas, sendo que 18% tinham uma avaliação negativa da vida atual. Um grupo de 25% definia sua vida atual de forma neutra ou de dois valores (aspectos positivos e aspectos negativos). Comparados com os satisfeitos, os insatisfeitos tinham mais problemas de saúde pela CIRS e mais sintomas depressivos quando avaliados pela GDS. Os satisfeitos tinham diferentes motivos para justificar este estado, porém os insatisfeitos tinham principalmente a falta de saúde física como motivo do sofrimento. A maior fonte de bem estar no dia-a-dia citada era o envolvimento com atividades rurais ou domésticas. Entre os entrevistados, a perda da saúde física era a principal fonte de mal estar, sendo que havia variabilidade interpessoal quanto ao que cada sujeito considerava como "perda de saúde". O estudo concluiu que é possível que para idosos, qualidade negativa

de vida seja equivalente à perda de saúde e qualidade de vida positiva seja equivalente a uma pluralidade maior de categorias como atividade, renda, vida social e relação com a família, categorias diferentes de sujeito para sujeito. O aspecto saúde parece assim um bom indicador de qualidade de vida negativa, porém um indicador insuficiente de velhice bem sucedida.<sup>(65)</sup>

Santos e Almeida pesquisaram a relação entre representação social e a prática social com o idoso. Concluíram que o lugar social do idoso é definido pela prática social; enquanto as representações sociais regulam as práticas, também são modificadas por elas. assinalam a marginalização do idoso, como resultante de uma prática social excludente e relacionada ao conceito cultural de normalidade. Para as autoras, mesmo sendo considerados uma fonte de sabedoria, dificilmente os idosos encontram compreensão e paciência para conversar, por parte dos adultos que, gradualmente, vão retirando sua autonomia. Seus resultados apontam para a estreita relação entre a prática social, seus valores, crenças e idéias relativas ao envelhecimento, e a eficácia das políticas para os idosos.<sup>(24)</sup>

O trabalho de Veloz et al. assinala a importância do estudo das representações sociais do envelhecimento por possibilitar a identificação de modos compartilhados de pensar e de atuar nesse processo, caracterizando o conhecimento destes grupos sociais e suas crenças. Encontraram três tipos de representação: perda da capacidade de trabalho (dinâmico), perda dos laços afetivos e identidade física (estado) e o desgaste natural que ocorre.<sup>(18)</sup>

Campos-Navarro et al. pesquisaram a concepção de doença em idosos mexicanos, portadores de enfermidades crônicas. Seus resultados relacionaram as práticas de cuidado com as condições econômicas, sociais e culturais do indivíduo. Apareceu também um modelo explicativo de ruptura do equilíbrio interno. Finalmente, concluem que conhecer estes modelos explicativos e o contexto do indivíduo, colaboram na compreensão das decisões que os indivíduos tomam sobre o tratamento que irá seguir.<sup>(57)</sup>

#### 4 TEMPO DE PLANTAR... A DESPOLARIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE/ USUÁRIOS

Ao explorarmos a interface entre o saber popular e o saber oficial a respeito do processo de envelhecimento não poderíamos considerar o profissional de saúde com uma visão unilateral, uma vez que ele é uno, indivisível. Este profissional também constrói suas representações na convivência cotidiana e, 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 / sujeito que envelhece.

O ponto de intersecção entre a individualidade do sujeito e o processo coletivo de trabalhar com saúde e doença provoca uma interlocução entre estes fenômenos humanos. Enquanto cresce o número de profissionais de saúde, este objeto de trabalho que provoca inquietações e por vezes sofrimento psíquico, pode também resultar em prazer e satisfação.

A organização científica do trabalho, inevitavelmente exerce influência na relação particular do profissional como usuário. A técnica e a padronização não impõem a reflexão sobre o objeto de trabalho. Neste ponto, a onipotência da técnica, o *modo de fazer* de uma prática, se encarrega de cindir e diluir a identificação e a impotência, entre outros intensos sentimentos mobilizados: "piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade, ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir estes sentimentos fortes, inclusive inveja ao cuidado oferecido ao paciente".<sup>(66, p.61)</sup>

O contato permanente com pessoas que necessitam de atendimento, impondo a execução de tarefas, agradáveis ou não, requer habilidades para a profissão e a adequação de estratégias defensivas no manejo de sentimentos, para o desempenho de seu trabalho. Desenvolvem-se mecanismos de defesa estruturados socialmente<sup>7</sup>, que podem ser classificados em:<sup>(66)</sup>

- a) fragmentação da relação técnico-paciente: o parcelamento das tarefas reduz o tempo de contato com o paciente e diminui a propensão a experimentar angústia;

---

<sup>7</sup> Categorias criadas por Jacques em 1955 e detalhadas por Menzies, I. *The functioning of organizations as social systems of defense against anxieties*. Hospital Geral de Londres: Instituto de Relações Humanas, 1970.

- b) despersonalização: a ética implícita de que todos devem ser tratados de igual maneira, minimizando a individualidade; assim como os uniformes dos técnicos, minimizam a personificação e o registro afetivo diferenciado, embora mantenham a relação de poder;
- c) negação de sentimentos e distanciamento: conseqüente aos anteriores, principalmente à redução das diferenças individuais, requer o controle do envolvimento e dos sentimentos, de forma a evitar a identificação;
- d) tentativa de eliminar decisões: pela padronização de condutas e rotinas, levando a um ritual de desempenho das tarefas, como uma forma de controle frente às demandas do usuário minimizando a ansiedade da reflexão profissional no planejamento de seu trabalho;
- e) redução do peso da responsabilidade: O peso de uma decisão final é dissipado de inúmeras maneiras pelo sistema de papéis da hierarquia, onde os subordinados projetam suas melhores partes nos superiores, e esperam destes as decisões. Por outro lado, os superiores sentem que não podem confiar plenamente em seus subordinados, nos quais eles “psicologicamente colocam as partes irresponsáveis e incompetentes de si mesmos”. (66, p.62)

Apesar de intrincado, o trabalho em saúde apresenta-se como *sublime*, por ser uma atividade socialmente valorizada que sugere grandeza e elevação, como no dizer de Dejours

...“age, portanto, sobre a realidade, não somente para encontrá-la, mas para enriquecê-la...não é a causa de um gozo que acontece independentemente do seu conhecimento... necessita da autorização, ou da aprovação dos outros, senão duvida da legitimidade da sua obra”. (67,p.139)

Parece ter na sublimação a possibilidade de satisfação das pulsões, através do trabalho. (66, 67,68)

#### **4.1 A Árvore Frondosa já foi Semente - A Formação**

As ocupações na área da saúde devem ser pensadas como um conjunto de profissões, sob a ótica do conceito de atenção integral à saúde. Com

este entendimento "...passa-se a pleitear a interdisciplinaridade na atenção à saúde, que deve apreender seu objeto de maneira integral e ser promovida de maneira integrada".<sup>(40, p.27)</sup>

Nas discussões a respeito de saúde pública, a universidade recebe críticas decorrentes da demora na assimilação das transformações que devem ocorrer na área, muitas vezes ocasionada pela precedência da teoria à prática, reproduzindo conhecimento estereotipado, ao invés de ser inovadora. Sustentamos que a pesquisa aplicada é indispensável no meio acadêmico, "...as análises das práticas devem ser concebidas de modo a levar à reorganização do conhecimento".<sup>(40, p.37)</sup>

Conhecer a realidade da população alvo permite que as ações sejam direcionadas pela própria demanda, embasadas na realidade social, e sem *presságio* das necessidades, oriundas da importação de modelos teóricos. A busca destas mudanças junto à formação dos profissionais visa possibilitar o trabalho contextualizado. É importante que o estudante perceba "... a necessidade de reaprender com suas práticas, reintegrando seus conhecimentos através de uma postura de constante investigação sobre elas".<sup>(40, p.36)</sup>

A construção de novos padrões de eficácia, humanização e mecanismos de relação usuário /serviço, que levem em conta a necessidade dos usuários, é dificultada pela manutenção de mecanismos assistenciais e pela burocracia. A equipe interdisciplinar tem que se constituir na prática, desde o planejamento até a prática do poder, pensando-se na formação de trabalhadores "... habilitados e dispostos a *pensar, planejar, executar e avaliar* práticas..."<sup>(40, p.50)</sup>

Na vida atual e pela rapidez com que as mudanças ocorrem, as relações têm-se tornado cada vez mais superficiais. Assim, este padrão de construção de relações é reproduzido pelo aparelho formador do profissional de saúde. Para atender a demanda de mercado, as consultas devem ser rápidas, nesta cultura do descartável.

Problemas variados são hoje enfrentados pelo profissional de saúde, quando não recebe formação para a *escuta* de questões de ordem emocional latentes nas queixas físicas do usuário, ou o significado do seu sintoma. Esta é uma das prováveis causas da não adesão ao tratamento. A consequência disto, muitas vezes atribuída à incapacidade de autocuidado do paciente, gera impaciência com os intermináveis retornos destes pacientes *poliqueixosos* e só

faz aumentar a demanda por atendimento "...quanto aos técnicos, não será cortada a corrente do círculo vicioso que produz o pronto-atendimento, se os serviços de saúde não capacitarem seu profissionais para trabalharem os aspectos subjetivos da relação com o paciente".<sup>(40, p.126)</sup> Esta reflexão não visa capacitar todos os técnicos como psicólogos, mas estender sua possibilidade de auxílio ao paciente, através da ótica do atendimento/entendimento integral do sujeito.

A pesquisa é apontada como instrumento metodológico e organizacional e nesse sentido tem contribuído para ampliar as possibilidades de intervenção, colaborando para (re)pensar o quadro atual e acompanhar as mudanças do perfil de nossa população, preparando-nos como profissionais para atender no envelhecimento. Estamos nos referindo ao atendimento da população que apresenta o aumento em sua expectativa de vida, e ao profissional que pode trabalhar por mais tempo, devido à sua longevidade.

O Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – Ipea, realizou uma projeção para o ano de 2020, da idade média das pessoas que se aposentam em diversos países:<sup>(69)</sup>

**Tabela 5**  
Projeção de Idade Média de Aposentadoria para 2020.  
Ipea, 2006

PAÍS	HOMENS	MULHERES
Estados Unidos	67	67
Irlanda	66	66
Alemanha	65	65
Espanha	65	65
Suíça	65	62
Portugal	65	62
Itália	65	55
França	60	60
Brasil	57	52

*Fonte: Ipea, avaliação de resultados da Lei do Fator Previdenciário, texto 1161, fevereiro de 2006.*

A reforma da previdência no Brasil manteve a aposentadoria por tempo de contribuição, enquanto os outros países exigem uma idade mínima legal. Como se pode verificar na tabela acima, os brasileiros ainda se aposentam mais cedo do que na maioria dos países.

## 5 TEMPO DE COLHER: O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

### Para compreender o Envelhecer

*"... É um triunfo da vida que a memória dos velhos se perca para as coisas que não são essenciais, mas raras vezes falhe para as que de verdade nos interessam".*  
(Gabriel Garcia Márquez)

Elizabeth Kubler-Ross, que dedicou anos ao trabalho com pacientes terminais, afirma que o significado da vida muda quando compreendemos profundamente que a vida é uma dádiva, e que não vamos durar para sempre. O tempo é uma medida fundamental, mas não é constante. "Com o tempo, tudo muda. Mudamos por dentro, mudamos por fora, a nossa aparência e o nosso eu interior se modificam."<sup>(70, p.117)</sup> "Acabamos perdendo tudo o que temos, mas o que realmente importa jamais pode ser perdido... esta constatação é capaz de nos fazer apreciar e usufruir mais as maravilhosas experiências, pessoas e coisas que temos durante a nossa estada na Terra."<sup>(70, p.70)</sup> Estudar o processo de envelhecimento e da velhice é uma preocupação que acompanha a evolução da humanidade. Os pioneiros Metchnikoff e Nascher, em 1903 e 1909, respectivamente, estabeleceram os fundamentos da geriatria e da gerontologia. Acreditavam que estas ciências correlatas viriam a se transformar rapidamente em um produtivo campo de conquistas científicas.

Elie Metchnikoff, sucessor de Pasteur, em 1903 defendeu a idéia da criação de uma nova especialidade, a gerontologia: denominação obtida a partir da origem gero (velhice) e logia (estudo). Apesar do interesse em criar uma nova especialidade na medicina, para tratar das doenças dos idosos e da própria velhice, os conhecimentos a respeito da fisiologia do envelhecimento não sofreram avanços significativos.<sup>(71)</sup>

A especialidade passou a ser denominada geriatria, ou o estudo clínico da velhice a partir de 1909, por proposição de Ignatz L. Nascher. Este médico estimulou pesquisas sociais e biológicas sobre o envelhecimento e foi

considerado o pai da geriatria, entre outros feitos, pela fundação da Sociedade de Geriatria de Nova Iorque, em 1912.<sup>(71)</sup>

O trabalho de Marjory Warren, na década de 30, ampliou as investigações da gerontologia, até então restrita aos aspectos biológicos do envelhecimento e da velhice. Seu mérito foi esboçar a avaliação multidimensional e a importância da interdisciplinaridade.<sup>(71)</sup>

O século XX marcou grandes avanços na ciência do envelhecimento. Papaleo Netto, analisando os estudos realizados na pesquisa biofisiológica, enfatizou o limite estabelecido entre senescência e senilidade, ou seja, entre o envelhecimento primário e secundário e os processos patológicos freqüentes e comuns na idade mais avançada da vida. Estabeleceu ainda importantes conhecimentos que caracterizam o envelhecimento saudável, ou bem sucedido e o envelhecimento comum. Conseguiu evidenciar em sua obra, através da ênfase de aspectos históricos, médicos, literários, biológicos, fisiológicos e de comportamento, que os idosos apresentavam recursos até então não apreciados, contradizendo a crença de que a velhice é simplesmente o reverso da adolescência.

Siqueira et al. realizaram uma análise sistemática de estudos sobre o envelhecimento em diferentes perspectivas, sobre 19 obras publicadas a partir de 1970. Seus resultados mostram quatro perspectivas:<sup>(72)</sup>

- a) **Biológico/ Comportamentalista** – enfatiza o declínio biológico natural conseqüente do envelhecimento com grande destaque nas patologias freqüentes nesta fase e a preocupação em retardá-las. Também são importantes a transição populacional e a atuação de políticas públicas para lidar com esta questão;
- b) **Economista** – tem mais participação de cientistas sociais e a base da questão é a ruptura da produtividade do idoso. A velhice deixa de ser focalizada como uma mudança fisiológica e passa a ser vista também como uma transformação social, de ativo a inerte, por exemplo. Os discursos são mais políticos aqui, mas tanto nesta perspectiva quanto na anterior existe uma preocupação com verbas do Erário e os gastos com o envelhecimento populacional;
- c) **Socioculturalista** – a velhice é uma construção social na qual as funções atribuídas a cada papel social não são estritamente definidas

pelo desenvolvimento biológico, e sim pela sociedade em um “tempo social”, que é dinâmico;

- d) **Transdisciplinar** – o processo do envelhecimento não é subdividido mas visto como algo natural e social “...que se desenrola sobre o ser único, indivisível, que, na sua totalidade existencial, defronta-se com problemas e limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural que singularizam o processo...” (72, p.904)

O termo envelhecimento envolve três fenômenos:<sup>(73)</sup>

- a) Todos os vertebrados morrem, pois mesmo com uma expectativa de vida imprecisa, todos os vertebrados vivem em um tempo astrofísico, específico de cada espécie;
- b) Mudanças biológicas ocorrem com o avanço do tempo;
- c) Seres inanimados ou sistemas não-biológicos, como as pedras, também envelhecem; portanto, segundo os autores, “...qualquer teoria do envelhecimento precisa incluir mecanismos que também se aplicam a sistemas inanimados...”<sup>(73, p.11)</sup>

As Principais teorias que tentam explicar como é o processo de envelhecimento:<sup>(74)</sup>

- a) o **Erro Primário de Orgel** que considera o envelhecimento uma consequência das ações disfuncionais do código genético, acumulando proteínas inúteis e nocivas, ou afetando a produção de proteínas vitais;
- b) a **Teoria da Mensagem Redundante de Medvedev** que sugere que há acumulação de erros nos genes, ou em apenas um gene, o que determinaria o envelhecimento;
- c) a **Teoria dos Radicais Livres de Denham Harman** que sugere que radicais livres buscam ou cedem elétrons a fim de obterem equilíbrio, conseqüentemente danificando células. Nenhuma dessas teorias foi confirmada.

Duas teorias atribuem o envelhecimento ao avanço do tempo astrofísico. Uma é a Teoria por Lesões, que determina que lesões ocorrem no decorrer da vida e se acumulam nas moléculas, células, órgãos e organismo, até que seja incompatível viver, um exemplo é a teoria dos Radicais Livres e seus efeitos nocivos no corpo. A segunda teoria postula que o envelhecimento está

programado em alguma célula ou órgão do corpo, muito similar à Teoria Genética do Envelhecimento, que sugere que o período de vida é programado geneticamente. A teoria do envelhecimento por danos pode ser confundida com doença, principalmente se o conceito do envelhecimento "normal" adotado for o estatisticamente normativo, ou padrão, logo a doença passa a fazer parte do envelhecer; porém, se o conceito adotado for sinônimo de envelhecimento bem-sucedido, então "...qualquer mecanismo distinto associado ao envelhecimento seria considerado uma doença..."<sup>(73, p.14)</sup>, ou seja, qualquer declínio fisiológico e cognitivo passaria a ser uma doença. A proposta é de ignorar a distinção entre as perspectivas e focar no alívio das conseqüências desagradáveis, portanto na qualidade de vida.

O envelhecimento é uma condição inerente do ser vivo; o tempo astrofísico pode não estar diretamente relacionado com o tempo biológico. Dessa forma não existe um tempo fixo para todos os seres, e o mesmo tempo pode variar para indivíduos da mesma espécie, se tornando relativo como nos provou Albert Einstein; e, por fim, o envelhecimento é inevitável e condição *sine qua non* para viver neste planeta.<sup>(73)</sup>

E conseqüentemente, a despeito das diversas teorias, o processo de envelhecimento é ainda largamente desconhecido, sendo que o aumento da expectativa de vida observando nos últimos 100 anos reflete muito mais modificações nas áreas do saneamento, habitação, nutrição, renda, educação, prevenção e tratamento de doenças infecto-contagiosas, do que qualquer intervenção no processo básico do envelhecimento.

As diferentes culturas apreendem de forma diversa o envelhecimento, mas é unanimidade que todos querem viver muito, envelhecer, mas não querem ficar velhos. Entretanto, a única alternativa seria morrer jovem, e esta não se mostra interessante. A experiência do envelhecimento será resultante da forma como os recursos internos foram aproveitados e desenvolvidos em todas as fases da vida, podendo ser vivenciado adequadamente, como um estágio resultante de uma lei natural.<sup>(75)</sup>

A hereditariedade parece ser um dos fatores que exerce importante influência na longevidade. Pessoas cujos pais tiveram uma vida longa, ou uma breve vida, têm a probabilidade de ter o tempo de existência aproximado dos pais.<sup>(75)</sup>

**Tabela 6**  
Expectativa de vida ao longo do tempo.  
2001

PERÍODO / LOCAL	LONGEVIDADE (MÉDIA EM ANOS)
Primórdios da idade do ferro e do bronze Grécia	18
Cerca de 2000 anos atrás Roma	22
Idade Média Inglaterra	33
Até 1789 Massachusetts	35,5
1838 – 1854 Inglaterra e País de Gales	40,9
1900 Estados Unidos	49,2
1946 Estados Unidos	66,7
1993 Estados Unidos	75,5
1995 Japão	79
2000 Brasil	68,6
1993 Mundo	65

*Fonte: Adaptado de Katchadourian<sup>(76)</sup>, dados do IBGE<sup>(8)</sup>*

A expectativa de vida é a idade até a qual uma pessoa irá viver, estatisticamente provável, se nascida em determinada época e lugar, considerando-se seu estado de saúde e condições atuais. Longevidade é o tempo que uma pessoa realmente vive. Na tabela acima podemos perceber que a expectativa de vida aumentou significativamente a partir de 1900, possivelmente relacionado e influenciado pelos progressos médicos, estilos de vida mais saudáveis e melhores condições de vida dos tempos atuais.

A velhice é associada às modificações no corpo, pois o organismo sofre um desgaste natural com a idade. Os sinais mais visíveis são o embranquecimento ou a queda de cabelos, o surgimento de rugas, a diminuição

da força e coordenação, o andar mais lento, a redução da altura, até pela postura encurvada, a redução de capacidades, principalmente auditiva e visual, mas também o olfato e gustação podem sofrer perdas.

Hurlock apresentou um comparativo da capacidade funcional de um homem de 75 anos, em relação a 100% da capacidade funcional de um homem de 30 anos, que encontra-se, adaptado por Rosa, na tabela abaixo:<sup>(75)</sup>

**Tabela 7**  
Capacidade funcional de um homem de 75 anos comparada com 100% da capacidade funcional de um homem de 30 anos.  
Brasil, 1987

CARACTERÍSTICA FÍSICA	PORCENTAGEM COMPARATIVA
Velocidade da condução nervosa	90
Peso do corpo masculino	88
Taxa do metabolismo basal	84
Quantidade de água no corpo	82
Fluxo sanguíneo para o cérebro	80
Capacidade máxima de trabalho	70
Rendimento cardíaco (repouso)	70
Número de fibras nervosas do tronco	63
Peso do cérebro	56
Número de glomérulos nos rins	56
Capacidade vital	56
Firmeza manual	55

*Fonte: Rosa, M.<sup>(75)</sup>*

Com o envelhecimento, ocorre a redução das capacidades, como mostra a tabela acima, e o tempo de reação se torna mais lento, bem como a memória sofre perda considerável, especialmente para fatos recentes. Mesmo com o declínio do vigor físico, a pessoa idosa pode exercer atividades normais, dentro de determinados limites. É o conjunto de mudanças que pesa no processo de envelhecimento, as condições desfavoráveis do meio podem acelerar o processo, embora não haja a descrição de uma condição específica considerada como de fundamental importância para envelhecer.

O efeito do envelhecimento primário ainda encontra-se fora de controle, porém podem-se evitar os efeitos do envelhecimento secundário, que resulta de doença, desuso e abuso do corpo.<sup>(75, 77)</sup>

Além do ambiente, a convivência com as pessoas e a atividade saudável tende a reduzir o ritmo do envelhecimento "...Viver, portanto, num ambiente de atividade criativa, beneficia enormemente o ser humano".<sup>(75, p.95)</sup>

Diante das modificações de seu corpo, a pessoa pode ou não assumir o papel de *velho*. Muitas pessoas tentam adiar esse momento, bem como outras irão se entregar às conseqüências da velhice. Estas atitudes, opostas, perante a sensação de envelhecimento, influenciarão a posição diante da vida e o comportamento frente à saúde ou à doença, incidindo diretamente nos cuidados com o corpo.<sup>(33)</sup>

As visíveis mudanças corporais contribuem à associação entre velhice e feiúra, já que o ideal estético se fundamenta no corpo jovem. Portanto, o velho é feio e inútil. Algumas expressões utilizadas para indicar a velhice aludem desqualificação: se o que é *de segunda*, já não é bom, imagine-se o que seja de *terceira* idade! O preconceito velado passa quase sempre despercebido, dissipando o respeito e a valorização. Expressões similares podem ser descritas, como: "... está bem conservada, pela sua idade...", ou "velho de espírito jovem". São inúmeros os obstáculos, quando é generalizado o conceito perverso de que velho é ruim. A manutenção de uma identidade psicológica, que permita ao indivíduo considerável auto-estima ao longo do processo evolutivo, bem como autonomia e saúde, é o que promove a arte de envelhecer criativamente.<sup>(75, 78, 79)</sup>

## 5.1 Envelhecemos como vivemos...

*"Se quisermos congelar o tempo e nos encerrarmos nesse casulo, estaremos liquidados antes mesmo que a juventude acabe. Seremos a nossa ficção. A realidade continuará à nossa volta, e um dia vamos descobrir que estamos fora dela".*  
(Lya Luft)

O envelhecimento não é a velhice, mas é um processo irreversível que se inscreve no tempo, "... O envelhecer sublinha nossa temporalidade".<sup>(80, p. 16-20)</sup> Começa com o nascimento e termina na aniquilação do indivíduo. Na língua francesa, a palavra envelhecimento (*vieillesse*) começa pela palavra vida

(*vie*). A raiz da palavra mantém o resquício de significado contrário, ou seja, não só os velhos envelhecem, a dualidade semântica evoca as idéias de desenvolvimento e de desgaste. O envelhecimento se inscreve do começo ao fim da vida, em uma sucessão de perdas e conquistas, até mesmo porque muitas perdas é que permitem novas conquistas. “Assim, o envelhecimento exprime ao mesmo tempo uma idéia de perda e outra de aquisição”.<sup>(80, p. 16-20)</sup>

A velhice traduz um estado que caracteriza a posição do indivíduo idoso, não é um processo dinâmico como o envelhecimento, que se refere a todas as fases da vida. A entrada na velhice aparece associada a uma perda, uma a mais, crucial, o surgimento de um fato, repentino, que terá o seu significado inscrito conforme o momento da vida. Diferentes critérios têm igual dificuldade em demarcar o momento de entrada na velhice, como, por exemplo, o marco pode ser a aposentadoria, ou o aparecimento de sinais de dependência, mesmo o aniversário que se aproxima, um acidente, ou ainda um assalto... como se fosse uma ruptura com o processo vivido até então. De fato, critérios médicos e sociais divergem quanto à entrada na velhice. Para Maud Mannoni, quando a velhice se *apossa* de alguém, o faz de forma inesperada.<sup>(80, 81)</sup>

Envelhecer pode significar descobrir-se em uma fase da vida em que ainda é possível reparar alguns erros cometidos e constatar a possibilidade de ser condescendente com outros, que não tenham mais conserto. É possível deparar-se com um corpo vacilante, em uma época em que a sociedade cobra uma anatomia marcada pela exigência excessiva, na ânsia por formas ideais. Trata-se de um período em que existe a possibilidade de que o corpo revele uma natureza limitada e frágil. A fragilidade narcísica, a precariedade de recursos internos, a dificuldade do sujeito em lidar com seus sentimentos e sua condição de vida, transforma este ser em cliente fácil para o fornecedor de uma nova imagem que mascare o seu desamparo. Entendemos que esta dinâmica alimenta o mercado de cirurgias plásticas no Brasil, com o segundo lugar do mundo, sendo a maioria realizada com fim estético, numa tentativa vã de paralisar os efeitos do tempo.<sup>(14, 82)</sup>

No decorrer do envelhecimento, cada parte do corpo pode apresentar um declínio gradativo de suas capacidades e funções, ocorrendo, geralmente, a partir dos quarenta anos. Inicia-se a dificuldade em ler de perto, podendo incidir a catarata a partir dos cinqüenta anos. A musculatura facial torna-se mais flácida. A musculatura corporal perde a capacidade de alongamento, ampliando o

risco de traumas. Inicia-se uma perda gradual da massa dos ossos, podendo levar à osteoporose. Aumenta a probabilidade de ocorrerem neoplasias. O acúmulo de colesterol, as artérias menos elásticas e a pressão arterial aumentada estão relacionados à elevação do risco de doenças coronarianas. A produção de suco gástrico encontra-se diminuída no estômago, dificultando a digestão de alimentos gordurosos. Uma diminuição da libido ocorre após os sessenta anos, com perda progressiva da ereção no homem e da umidade vaginal da mulher.<sup>(33)</sup>

A perda de grupos celulares e a diminuição da função de inúmeros sistemas bioquímicos levam a um prejuízo cognitivo, porém existem limiares até onde o indivíduo pode chegar sem a perda do equilíbrio necessário para a vida cotidiana. A subjetividade tem que ser considerada, ao se tentar conceituar a velhice, que não significa a decadência implacável das funções cognitivas, como sugerem algumas crenças populares a respeito, como *esclerosar* ou *caducar*. Gerontólogos e geriatras enfatizam que velhice não é sinônimo de doença.<sup>(83)</sup>

## 6 METODOLOGIA

Visando identificar as representações sociais de profissionais de saúde acerca do envelhecer e como estas representações relacionam-se com a prática dos cuidados no envelhecimento, delineamos uma pesquisa descritiva analítica, com o embasamento teórico-científico na Teoria da Representação Social.

Como abordagem metodológica optamos por um enfoque qualitativo de análise de conteúdo e pela análise quantitativa dos resultados, como complementação, e para tal o *software* HAMLET<sup>®</sup> de análise de junção de palavras e escalonamento multidimensional foi utilizado.

Para Minayo a pesquisa qualitativa apresenta a possibilidade metodológica de

incorporar a questão do significado e da intencionalidade, como intrínsecos aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.<sup>(84 ,p.10)</sup>

A entrevista foi o instrumento empregado para coleta de dados, assim como as associações livres de palavras, entendendo-se, como Pedro Demo, que “mais que resultados busca-se o questionamento inteligente, cuja criatividade está, em grande parte, em vislumbrar pistas explicativas, misturando o conhecimento com a aventura do desconhecido”.<sup>(85 ,p.42)</sup>

Para Bardin, a análise de conteúdo é uma forma de análise das comunicações, da produção do texto e de seu sentido, ou das variáveis inferidas.<sup>(34)</sup> Utilizamos a análise categorial, onde as categorias temáticas são definidas a partir da leitura repetida e flutuante dos dados. A leitura flutuante, método que permite que um sentido seja encontrado, com uma análise mais precisa do relato dado pelos participantes, agrupa palavras similares em uma categoria, o que permite a inferência das representações sociais presentes nos discursos e pré-concepções dos participantes. A construção das categorias foi realizada utilizando-se o método exploratório sistemático, para apreender as ligações funcionais entre o que autores denominam plano vertical (nível de produção, enquanto variável independente) e o plano horizontal (nível dos textos analisados, enquanto variável independente).<sup>(34)</sup>

A metodologia utilizada por Guimarães para o estudo de representações sociais sugere, além da análise freqüencial simples, a análise de

co-ocorrência de categorias e palavras, ou a ocorrência simultânea de dois ou mais elementos (palavras-chave) na fala de um participante. Esta é a metodologia indicada por Bardin e Moscovici.<sup>(33, 34, 35)</sup>

## 6.1 Participantes da Pesquisa

Foram incluídos no estudo 10 participantes, profissionais de saúde e usuários, já idosos ou em processo de envelhecimento, dos serviços de atenção à saúde de idosos em Dourados – MS.

Por profissional de saúde entende-se o indivíduo que trabalha em serviço de atenção à saúde ou em instituições de ensino, na área de formação destes profissionais. Consideramos em processo de envelhecimento o sujeito a partir dos cinquenta anos, que passará a ser denominado pré-idoso (PI). Será considerado como idoso (I), acima de sessenta anos; sendo indiferente o sexo e o grau de escolaridade.

Os participantes foram triados nas respectivas instituições. Do total de pessoas foram selecionados os participantes por sorteio para serem incluídos no estudo, em número proporcional: nas instituições de formação de profissionais de saúde, nas de prestação de serviços de saúde e usuários.

Os profissionais e lideranças foram incluídos na proporção:

Formação de profissionais: (3 pré-idosos)

- UEMS- Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul – 1
- UNIGRAN- Centro Universitário da Grande Dourados – 1
- UFMS- Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - 1

Serviços de Saúde Dourados: (3 pré-idosos)

- PSF- Programa de Saúde da Família - 02
- Centros de Saúde – 01

Usuários: (4: 2 pré-idosos e 2 idosos)

- Centro de convivência municipal - 2
- Centro Conviver - 1
- Associação de Aposentados de Dourados – 1

Critérios de exclusão: Não poderiam participar do estudo pessoas que apresentassem distúrbios que ocasionassem comprometimento cognitivo, demência, ou comprometimento de linguagem.

## 6.2 Perfil dos Participantes

O perfil sóciográfico dos participantes encontra-se no quadro abaixo:

SUJEITO	FAIXA ETÁRIA	OCUPAÇÃO	IDADE	ESCOLARIDADE	SEXO
P 1	Pré-idoso	Prof. IES Publ. Médico.	58	Esp. Homeop	M
P 2	Pré-idoso	Prof. IES Publ. Enfm.	50	Enf. Esp.	F
P 3	Pré-idoso	Médico PSF	57	Esp. Ginec.	M
P 4	Pré-idoso	Prof. IES Priv./ Psic.	50	Psicóloga	F
P 5	Pré-idoso	Enfermeira/ UBS	53	Enf. Esp.	F
P 6	Pré-idoso	Médico PSF	57	Esp. PSF	M
U a	Idoso	Aposentado	99	Fundam.	M
U b	Idosa	Aposentada	73	Fundam.	F
U c	Idosa	Aposentada	61	Fundam.	F
U d	Idosa	Prof. Ens. Médio partic.	74	Superior	F

**Quadro 4** – Dados dos participantes

Legenda: P = Profissional; U= Usuário

## 6.3 Aspectos éticos da pesquisa

Desde a elaboração do projeto manteve-se o cuidado com os aspectos éticos da pesquisa, sendo esta aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Dourados – UNIGRAN (ANEXO B), buscando-se, portanto, o atendimento da Resolução 196/96.<sup>(86)</sup>

Para ser incluído no estudo, o participante assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). O termo de consentimento foi fornecido em duas vias, sendo que uma ficou com a pesquisadora e encontra-se arquivado. A apresentação do termo, esclareceu os objetivos da pesquisa e da utilização dos dados, incluindo também as medidas de proteção à confidencialidade.

#### 6.4 Procedimentos Para a Coleta de Dados

Todas as instituições participantes deste estudo foram consultadas pela pesquisadora, solicitando-se autorização formalizada para a realização da pesquisa, visando assegurar os aspectos éticos e o apoio institucional.

A formação da pesquisadora facilitou a realização das entrevistas, seguindo o procedimento técnico de iniciar a entrevista com perguntas mais gerais, dados sociográficos, passando depois para os conteúdos específicos. Também foram aplicados itens com palavras ou expressões indutoras de associações imediatas e livres, relacionadas ao conceito-chave, estratégia adaptada a partir de estudos de Guimarães.<sup>(33)</sup>

A seguir foram apresentadas as palavras indutoras, na ordem escolhida começando com palavras mais amplas (qualidade de vida, formação para o cuidado, autocuidado), passando para as mais específicas a respeito do envelhecimento (idoso e envelhecer). A introdução destas palavras possibilitou o acesso ao conhecimento cotidiano e prático desses usuários e profissionais da saúde, permitindo uma melhor inferência sobre a relação entre suas representações.

A entrevista semi-estruturada (ANEXO B) utilizada permitiu à pesquisadora perguntar, dentro de um contexto, questões referentes ao tema levantado pelo participante.

Foram realizados a testagem e validação do instrumento em um estudo piloto, com a aplicação do instrumento em dois sujeitos, sendo um usuário e um prestador de serviços em saúde, respectivamente indicados por instituições onde seria realizada a pesquisa.

Para validar o instrumento após o teste piloto foram consultados dois pesquisadores na área enfatizando as dificuldades encontradas durante o momento de testagem, para então, por fim, definir o roteiro de entrevista para a coleta definitiva dos dados.

## 6.5 Procedimento de Análise de Dados

Na gravação de todas as entrevistas utilizou-se um gravador digital.

Para análise dos dados, foram transcritas ponto-a-ponto e apresentadas aos entrevistados para a revisão final e emissão do “de acordo” para publicação no estudo. As entrevistas encontram-se gravadas em disco compacto (CD), identificadas e arquivadas pela pesquisadora.

A leitura flutuante das entrevistas permite que um sentido seja encontrado, possibilitando que categorias sejam estabelecidas no final do processo. É um procedimento de exploração, de descoberta e direcionamento do sentido do que foi produzido pelo grupo; o “...procedimento de exploração permitem a partir dos próprios textos, apreender as ligações entre as diferentes variáveis, funcionam segundo o processo dedutivo e facilitam a construção de novas hipóteses...”.<sup>(34, p.99)</sup>

O Programa de Análise de Conteúdo, HAMLET®, foi utilizado para auxiliar na contagem de palavras, na lista de palavras significativas e na análise de co-ocorrência destas palavras.

## 6.6 O Programa HAMLET®

O programa pode ser encontrado na Internet, em *sites*<sup>8</sup> sobre análise conteúdo. Por fornecer uma versão *demo*, ou seja, que possibilita o uso por um mês, ele foi escolhido para auxiliar na análise de dados. Ele se mostrou um instrumento útil para a organização dos textos e não um instrumento de análise de dados, visto que a análise de conteúdo é contingente à leitura que o pesquisador faz de seus dados.

A idéia principal do HAMLET® é a de procurar em um arquivo de texto, palavras dadas em uma lista de vocabulários, além de contar as frequências de junção (co-ocorrência) em qualquer unidade de contexto, nas sentenças ou sua posição em uma lista de palavras.<sup>(87)</sup>

---

<sup>8</sup> Endereço do *site* no capítulo de referências bibliográficas.<sup>(87)</sup>

O primeiro passo é converter o *corpus* em uma lista de palavras (*wordlist*), onde cada palavra aparece com sua frequência de ocorrência no texto e a respectiva proporção (%) da ocorrência em relação ao *corpus*. O segundo passo é criar a lista de vocabulário, de cada *corpus*, estipulando-se as palavras plenas de cada categoria; o programa conta as palavras de cada categoria como se fossem sinônimos. Portanto a lista de palavras contém as unidades de registro e a lista de vocabulário, as categorias.

As unidades de contextos escolhidas foram os trechos das respostas de cada participante à pergunta analisada. O terceiro passo é fazer a análise de co-ocorrência (*joint frequencies*), onde o programa mostra as correspondentes frequências de junção das categorias, nas unidades-de-contexto expressas no *corpus*. Em seguida é feita uma análise de núcleos ou agrupamentos (*cluster analysis*), onde por hierarquia, e sensível a um valor de similaridade mínimo, os núcleos com categorias próximas são estabelecidos; esta análise ajuda na compreensão do próximo passo, o gráfico do dendograma e os *clusters*. Nesta última é possível visualizar os dados de forma que quanto mais próximas as categorias, ou seja, quanto menor as distâncias entre elas, maior a probabilidade das categorias estarem relacionadas.

Considerou-se palavras significativas, ou palavras plenas, que podem ser definidas como palavras portadoras de sentido, e no caso dos dados desta pesquisa, os verbos, substantivos e adjetivos. Após a lista de palavras plenas, tirada do *corpus* de cada item, fez-se novamente uma leitura flutuante focando em uma análise léxica das palavras. Desta leitura, palavras categoriais<sup>9</sup> foram estipuladas. Foi importante considerar que algumas perguntas tinham o mesmo sentido, para evitar possíveis respostas paradoxais ou contraditórias, e confirmar o sentido dado pelo participante em sua resposta.

Os itens da entrevistas, ou seja, as palavras, expressões indutoras, e as perguntas, foram agrupadas em blocos temáticos (quadro 5), possibilitando a comparação entre representações que emergiram em perguntas com o mesmo sentido.

---

<sup>9</sup> Ou classes de palavras.

<b>Bloco Temático I</b>	<b>3</b>	Palavra indutora – Idoso
	<b>4</b>	Palavra indutora – Envelhecer
	<b>6</b>	O que significa envelhecer?
	<b>8</b>	Quais os aspectos que você considera que facilitam a condição de ser idoso na atualidade?
	<b>9</b>	E os que dificultam esta condição?
<b>Bloco Temático II</b>	<b>2</b>	Palavra indutora – Autocuidado
	<b>5</b>	Expressão indutora – Formação para o cuidado
	<b>7</b>	Teve algum preparo para cuidar de sua saúde? (Usuário) Teve algum preparo para cuidar da saúde do idoso? (Profissional)
<b>Bloco Temático III</b>	<b>1</b>	Expressão indutora – Qualidade de vida

**Quadro 5** – Blocos de análise conforme proximidade semântica e objetivos estipulados para a pesquisa.

As categorias (quadro 6) criadas para a análise foram as mesmas em todos os Blocos Temáticos. Os sinônimos, ou palavras plenas, estipuladas para cada categoria estão descritas em anexo C.

<b>CATEGORIAS</b>	
<b>Ambiente</b>	Ambiente tangível, como por exemplo, quintal, fundos, mundo, etc.
<b>Relações Sociais</b>	Ações, situações e papéis aprendidos e usados em um sentido sócio-cultural, como por exemplo, amigo, convívio, namoro, social, etc.
<b>Religiosidade</b>	Situações e ações relacionadas à religiosidade como Deus, fé, graças, benção, etc.
<b>Aposentadoria</b>	Variações da palavra aposentadoria, verbo aposentar e instituições correlatas como o INSS.
<b>Corpo</b>	Nomes de partes do corpo e qualificações relacionadas ao corpo, como aparência, organismo, fisiológico, etc.
<b>Cuidar</b>	Variações da palavra cuidado e do verbo cuidar, além de correlatos como a palavra prevenção.
<b>Educação</b>	Palavras e situações relacionadas ao contexto educacional e à formação como livros, periódicos, etc.
<b>Afecções</b>	Nomes de doenças, como por exemplo, doenças, diabetes, hipertensão, infecção, dor, etc.
<b>Envelhecer</b>	Expressam o processo de envelhecimento, como por exemplo velho, senilidade, anos, idade, etc.
<b>Família</b>	Relações familiares e papéis como pai, esposo, casamento, etc.
<b>Limitações</b>	Situações, ações e palavras que conotam limites, prejuízos, como por exemplo, adoecer, perda, outras.
<b>Motivações</b>	Variações do verbo motivar.
<b>Psicológico Motivador</b>	Qualquer processo psicológico, ou traço de personalidade ou humor, como por exemplo alegre, criatividade, consciente, etc.
<b>Psicológico Limitante</b>	Qualquer processo psicológico, ou traço de personalidade ou humor, com um sentido negativo, como por exemplo depressão, isolamento e ansiedade.
<b>Saúde</b>	Palavras e atividades como leitura, alimentação, sono, médico, medicina, prevenção, saudável, tratamento, etc.
<b>Trabalho</b>	Palavras, ações e papéis como emprego, ocupação, empresa, etc.

**Quadro 6** – Palavras plenas das categorias definidas após análises exploratórias.

## 7 RESULTADOS

Após os dados serem lançados no programa, uma lista com a frequência das palavras foi feita, de cada pergunta, e leituras flutuantes, das palavras inseridas em seu contexto (a fala do participante), foram realizadas para que se definissem as categorias temáticas e os sinônimos, ou as palavras afins, que entrariam em cada categoria.

No primeiro tópico serão apresentados os dados brutos (Item 7.1), e posteriormente a análise dos dados (Item 7.2).

### 7.1 Apresentação dos Dados Brutos

#### 7.1.1 Bloco I <sup>10</sup>

Na análise de dados dos profissionais constatou-se que o *corpus*<sup>11</sup> da palavra indutora 3 apresentou um total de 176 palavras, de 1 a 30 letras; com um total de 100 palavras únicas (que não repetem), dando uma razão de palavras únicas de 0,568 (quanto mais próximo de 1,0, maior a quantidade de palavras únicas, ou seja, menor a frequência de repetição de uma mesma palavra). O *corpus* da palavra indutora 4 apresentou um total de 303 palavras, de 1 a 30 letras; com um total de 149 palavras únicas, dando uma razão de palavras únicas de 0,492. O *corpus* da pergunta 6 apresentou um total de 594 palavras, de 1 a 17 letras; com um total de 260 palavras únicas, dando uma razão de palavras únicas de 0,438. O *corpus* da pergunta 8 apresentou um total de 831 palavras, de 1 a 14 letras; com um total de 347 palavras únicas, dando uma razão de palavras únicas de 0,418. O *corpus* da pergunta 9 apresentou um total de 1164 palavras, de 1 a 16 letras; com um total de 424 palavras únicas, dando uma razão de palavras únicas de 0,364.

---

<sup>10</sup> As perguntas referentes a cada Bloco (I, II, III) de análise estão no quadro 5, na p. 72 deste trabalho.

<sup>11</sup> Por *corpus* entende-se grupo de palavras ou texto corrente utilizado na análise.

Já, na análise de dados dos usuários constatou-se que o *corpus*<sup>12</sup> da palavra indutora 3 apresentou um total de 342 palavras, de 1 a 12 letras; com um total de 167 palavras únicas (que não repetem), dando uma razão de palavras únicas de 0,488 (quanto mais próximo de 1,0, maior a quantidade de palavras únicas, ou seja, menor a frequência de repetição de uma mesma palavra). O *corpus* da palavra indutora 4 apresentou um total de 303 palavras, de 1 a 13 letras; com um total de 148 palavras únicas, dando uma razão de palavras únicas de 0,488. O *corpus* da pergunta 6 apresentou um total de 301 palavras, de 1 a 13 letras; com um total de 165 palavras únicas, dando uma razão de palavras únicas de 0,548. O *corpus* da pergunta 8 apresentou um total de 543 palavras, de 1 a 13 letras; com um total de 243 palavras únicas, dando uma razão de palavras únicas de 0,448. O *corpus* da pergunta 9 apresentou um total de 644 palavras, de 1 a 12 letras; com um total de 280 palavras únicas, dando uma razão de palavras únicas de 0,435.

O tabela 8 mostra as categorias, a frequência de ocorrência das palavras de cada categoria, e seus respectivos sinônimos, no *corpus* do item 3 (F3), do item 4 (F4), item 6 (F6), item 8 (F8) e do item 9 (F9) tanto dos profissionais quanto dos usuários:

**Tabela 8**

Comparação da ocorrência das categorias dos itens 3, 4, 6, 8 e 9 no *corpus*.

Categoria	PROFISSIONAIS					USUÁRIOS				
	F3	F4	F6	F8	F9	F3	F4	F6	F8	F9
Afecções	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0
Ambiente	0	0	0	8	6	1	1	0	2	2
Aposentadoria	0	0	0	5	4	0	0	0	3	0
Corpo	1	2	2	0	1	0	0	0	2	0
Cuidar	0	1	0	0	3	3	0	0	0	0
Educação	2	0	0	3	2	0	0	0	0	0
Envelhecer	11	11	25	16	27	7	8	7	2	6
Família	0	8	3	8	6	9	0	0	3	3
Limitações	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Motivações	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Psicológico Limitante	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0
Psicológico Motivador	1	6	6	1	1	4	2	2	0	3
Relações Sociais	0	0	0	2	12	0	1	1	0	0
Religiosidade	0	0	0	0	0	3	0	0	4	2
Saúde	1	0	3	8	12	5	4	8	10	3
Trabalho	1	0	0	1	4	1	1	2	2	5

<sup>12</sup> Por *corpus* entende-se grupo de palavras ou texto corrente utilizado na análise, definido na p. 71 deste trabalho.

A tabela 8 mostra que a categoria *envelhecer* foi a mais freqüentes nas falas dos participantes, que pode ser consequência do tema central exposto na pesquisa, porém ela foi mais freqüente entre os profissionais. A categoria *ambiente* foi mais freqüente no item 8 entre os profissionais, assim como *Corpo* foi mais freqüente, em todos os itens dos profissionais. Já, a categoria *Cuidar* ocorreu mais no item 3 dos usuários. Os profissionais remeteram mais à *Família* que os usuários. *Relações Sociais* no item 8, e *Saúde* no item 9 foi mais freqüente no *corpus* dos profissionais. Nos itens 8 e 9 a categoria *Religiosidade* ocorreu mais nos dados dos usuários, e também *Trabalho*, em todos os itens dos usuários. No item 4 a categoria *Psicológico Motivador* foi mais freqüente para os profissionais. A categoria *Limitações* não teve referência entre os usuários.

O gráfico do dendograma (ANEXO E) mostra o índice de junção entre as categorias, sendo que quanto mais próximo de 1,0, maior a co-relação, ou freqüência de co-ocorrência das categorias no texto ou *corpus*, ou seja, se a freqüência de junção foi alta então é maior a probabilidade dos participantes apresentarem uma mesma concepção do tema.

O índice que determina a co-ocorrência ou junção das categorias é o coeficiente com um valor de similaridade mínima de 0,3, ou seja, um valor mínimo de análise das junção que permite que as categorias sejam agrupadas em nuvens de dados diferenciadas.

Os agrupamentos gerais, ou os *clusters*, adquiridos a partir do valor de similaridade mínima (ou de co-ocorrência mínima) de 0,3, dos itens 3, 4, 6, 8 e 9, sugerem quais categorias apresentam maior co-ocorrência no texto, ou seja, a probabilidade de uma ocorrer aumenta a probabilidade da outra ocorrer nas respostas dos participantes. Os valores aproximados, mostrados nos gráficos, estão descritos na quadro 7 abaixo:

continua

CLUSTER			
Profissionais	Item	Categorias	Coef.
	3	Corpo e Trabalho, Educação e Psicológico Motivador	1,0
	4	Envelhecer, Psicológico Motivador e Família	0,33
	6	Família, Limitações, Motivações e Psicológico Limitante	1,0
	8	Ambiente e Família	0,60
	9	Psicológico Motivador e Corpo	1,0

			conclusão
Usuários	Item	Categorias	Coef.
	3	Ambiente, Cuidar, Família, Religiosidade e Trabalho	1,0
	4	Relações Sociais e Trabalho	1,0
	6	Envelhecer, Psicológico Motivador, Relações Sociais, Trabalho e Saúde	0,50
	8	Ambiente e Família	1,0
	9	Envelhecer, Psicológico Motivador, Saúde e Família	0,50

**Quadro 7** – Agrupamentos das categorias a partir de um valor de co-ocorrência de 0,30 dos itens 3, 4, 6, 8 e 9, respectivamente.

O quadro 7 mostra que há uma variação da co-ocorrência de algumas categorias entre os itens, e entre os grupos de participantes, como por exemplo, no item 3 dos dados dos profissionais a categoria *Trabalho* está relacionada com *Corpo*, já com os usuários ela está relacionada *Ambiente, Cuidar, Família e Religiosidade*. No item 8 tanto para os profissionais quanto para os usuários as categorias que apresentaram o maior índice de co-ocorrência foram *Ambiente e Família*. No item 4 as categorias *Envelhecer, Psicológico Motivador e Família* se correlacionaram, enquanto que para os usuários foram as categorias *Relações Sociais e Trabalho*.

### 7.1.2 Bloco II

Na análise de dados dos profissionais constatou-se que o *corpus*<sup>13</sup> da palavra indutora 2 apresentou um total de 114 palavras, de 1 a 17 letras; com um total de 79 palavras únicas (que não repetem), dando uma razão de palavras únicas de 0,693 (quanto mais próximo de 1,0, maior a quantidade de palavras únicas, ou seja, menor a frequência de repetição de uma mesma palavra). O *corpus* da palavra indutora 5 apresentou um total de 424 palavras, de 1 a 16 letras; com um total de 200 palavras únicas, dando uma razão de palavras únicas de 0,472. O *corpus* da pergunta 7 apresentou um total de 1064 palavras, de 1 a 15 letras; com um total de 386 palavras únicas, dando uma razão de palavras únicas de 0,363.

<sup>13</sup> Por *corpus* entende-se grupo de palavras ou texto corrente utilizado na análise, definido na p. 71 deste trabalho.

Já, na análise de dados dos usuários constatou-se que o *corpus*<sup>14</sup> da palavra indutora 2 apresentou um total de 112 palavras, de 1 a 12 letras; com um total de 76 palavras únicas (que não repetem), dando uma razão de palavras únicas de 0,679 (quanto mais próximo de 1,0, maior a quantidade de palavras únicas, ou seja, menor a frequência de repetição de uma mesma palavra). O *corpus* da pergunta 7 apresentou um total de 270 palavras, de 1 a 14 letras; com um total de 162 palavras únicas, dando uma razão de palavras únicas de 0,600.

O quadro 9 mostra as categorias, a frequência de ocorrência das palavras de cada categoria, e seus respectivos sinônimos, no *corpus* do item 2 (F2), do item 5 (F5), item 7 (F7) tanto dos profissionais quanto dos usuários:

**Tabela 9**

Comparação da ocorrência das categorias dos itens 3, 4, 6, 8 e 9 no *corpus*, Dourados, 2006.

Categoria	PROFISSIONAIS			USUÁRIOS	
	F2	F5	F7	F2	F7
Afecções	1	5	5	0	4
Ambiente	1	0	1	2	1
Aposentadoria	0	1	0	0	0
Corpo	0	1	3	0	1
Cuidar	6	13	10	3	0
Educação	1	15	4	0	1
Envelhecer	1	9	21	1	1
Família	0	0	2	0	0
Limitações	0	0	0	0	0
Motivações	0	0	0	0	0
Psicológico Limitante	0	0	0	0	0
Psicológico Motivador	0	2	3	0	1
Relações Sociais	0	0	5	0	2
Religiosidade	0	0	1	4	0
Saúde	7	6	9	4	5
Trabalho	0	2	4	0	0

A tabela 9 mostra que as categorias *Educação*, *Envelhecer* e *Trabalho* foram mais frequentes nos itens 5 e 7 nos *corpus* dos profissionais, e também a categoria *Cuidar* foi mais frequente no item 7. Já, a categoria *Religiosidade* ocorreu mais no item 2 dos usuários. *Família* não ocorreu nos dados dos usuários em nenhum dos itens do bloco II.

O gráfico do dendograma (ANEXO E) mostra o índice de junção entre as categorias, sendo que quanto mais próximo de 1,0, maior a co-relação, ou

<sup>14</sup> Por *corpus* entende-se grupo de palavras ou texto corrente utilizado na análise, definido na p. 71 deste trabalho.

freqüência de co-ocorrência das categorias no texto ou *corpus*, ou seja, se a freqüência de junção foi alta então é maior a probabilidade dos participantes apresentarem uma mesma concepção do tema.

O índice que determina a co-ocorrência ou junção das categorias é o coeficiente com um valor de similaridade mínima de 0,3, ou seja, um valor mínimo de análise das junção que permite que as categorias sejam agrupadas em nuvens de dados diferenciadas.

Os agrupamentos gerais, ou os *clusters*, adquiridos a partir do valor de similaridade mínima (ou de co-ocorrência mínima) de 0,3, dos itens 3, 4, 6, 8 e 9, sugerem quais categorias apresentam maior co-ocorrência no texto, ou seja, a probabilidade de uma ocorrer aumenta a probabilidade da outra ocorrer nas respostas dos participantes. Os valores aproximados, mostrados nos gráficos, estão descritos na quadro 8 abaixo:

CLUSTER			
	Item	Categorias	Coef.
Profissional	2	Ambiente, Envelhecer e Saúde	0,50
	5	Corpo e Aposentadoria	1,0
	7	Afecções e Trabalho; Família, Religiosidade e Ambiente	0,50
Usuários	2	Ambiente, Envelhecer e Religiosidade	0,50
	7	Educação, Envelhecer, Relações Sociais e Ambiente; Corpo e Psicológico Motivador	1,0

**Quadro 8** - Agrupamentos das categorias a partir de um valor de co-ocorrência de 0,30 dos itens 2, 5 e 7 respectivamente.

A quadro 8 mostra que há uma variação da co-ocorrência de algumas categorias entre os itens, e entre os grupos de participantes, como por exemplo, no item 2 dos dados dos profissionais a categoria *Saúde* está relacionada com *Ambiente* e *Envelhecer*, já com os usuários ela está relacionada *Religiosidade*. No item 7 a categoria *Ambiente* apresenta co-ocorrência com as categorias *Religiosidade* e *Família* nos dados dos profissionais, e com *Relações Sociais*, *Envelhecer* e *Educação* nos dados dos usuários.

### 7.1.3 Bloco III

Na análise de dados dos profissionais constatou-se que o *corpus*<sup>15</sup> da palavra indutora 1 apresentou um total de 371 palavras, de 1 a 15 letras; com um total de 158 palavras únicas (que não repetem), dando uma razão de palavras únicas de 0,426 (quanto mais próximo de 1,0, maior a quantidade de palavras únicas, ou seja, menor a frequência de repetição de uma mesma palavra). Já, na análise de dados dos usuários constatou-se que o *corpus* da palavra indutora 1 apresentou um total de 142 palavras, de 1 a 12 letras; com um total de 89 palavras únicas (que não repetem), dando uma razão de palavras únicas de 0,627

A tabela 10 mostra as categorias, a frequência de ocorrência das palavras de cada categoria, e seus respectivos sinônimos, no *corpus* do item 1 (F1), tanto dos profissionais quanto dos usuários:

**Tabela 10**  
Comparação da ocorrência das categorias do item 1 no *corpus*.

	PROFISSIONAIS	USUÁRIOS
<b>Categoria</b>	<b>F1</b>	<b>F1</b>
<b>Afecções</b>	1	0
<b>Ambiente</b>	0	1
<b>Aposentadoria</b>	0	0
<b>Corpo</b>	0	1
<b>Cuidar</b>	5	0
<b>Educação</b>	1	0
<b>Envelhecer</b>	0	1
<b>Família</b>	0	1
<b>Limitações</b>	0	0
<b>Motivações</b>	0	0
<b>Psicológico Limitante</b>	0	0
<b>Psicológico Motivador</b>	10	2
<b>Relações Sociais</b>	1	0
<b>Religiosidade</b>	0	4
<b>Saúde</b>	12	2
<b>Trabalho</b>	0	0

A tabela 10 mostra que as categorias *Cuidar*, *Psicológico Motivador* e *Saúde* foram mais frequentes no item 1 no *corpus* dos profissionais. Já, as categorias *Religiosidade* e *Psicológico Motivador* foram as que mais ocorreram no item 1 dos usuários.

<sup>15</sup> Por *corpus* entende-se grupo de palavras ou texto corrente utilizado na análise, definido na p. 71 deste trabalho.

O gráfico do dendograma (ANEXO E) mostra o índice de junção entre as categorias, sendo que quanto mais próximo de 1,0, maior a co-relação, ou frequência de co-ocorrência das categorias no texto ou *corpus*, ou seja, se a frequência de junção foi alta então é maior a probabilidade dos participantes apresentarem uma mesma concepção do tema.

O índice que determina a co-ocorrência ou junção das categorias é o coeficiente com um valor de similaridade mínima de 0,3, ou seja, um valor mínimo de análise das junção que permite que as categorias sejam agrupadas em nuvens de dados diferenciadas.

Os agrupamentos gerais, ou os *clusters*, adquiridos a partir do valor de similaridade mínima (ou de co-ocorrência mínima) de 0,3, dos itens 3, 4, 6, 8 e 9, sugerem quais categorias apresentam maior co-ocorrência no texto, ou seja, a probabilidade de uma ocorrer aumenta a probabilidade da outra ocorrer nas respostas dos participantes. Os valores aproximados, mostrados nos gráficos, estão descritos na quadro 9 abaixo:

CLUSTER			
	Item	Categorias	Coef.
Profissionais	1	Afecções, Cuidar e Relações Sociais	0,50
Usuários	1	Ambiente e Família; Envelhecer, Corpo e Saúde	1,0

**Quadro 9** - Agrupamentos das categorias a partir de um valor de co-ocorrência de 0,30 do item 1.

O quadro 9 mostra que há uma variação da co-ocorrência de algumas categorias entre os itens, e entre os grupos de participantes, como por exemplo, no item 1 dos dados dos profissionais a categoria *Afecções* está relacionada com *Cuidar e Relações Sociais*. A categoria *Ambiente* apresenta co-ocorrência com a categoria *Família* nos dados dos usuários, assim como, *Envelhecer, Corpo e Saúde*.

## 7.2 Análise e Discussão dos Dados – Discutindo a Colheita

### 7.2.1 Bloco I

Aqui será realizada a análise e discussão dos *itens 3 (idoso), 4 (envelhecer), 6 (significado de envelhecer), 8 (facilitadores) e 9 (dificultadores)*. A comparação da frequência de ocorrência de cada categoria de palavras e seus sinônimos (tabela 8), e da co-ocorrência das categorias (quadro 7), em cada item do bloco I, será feita para as respostas dos profissionais de saúde e usuários.

#### Item 3 – Palavra indutora *Idoso*

A categoria *envelhecer* foi mais freqüente nas falas dos participantes neste item, porém emergindo mais entre os profissionais, que estabelecem uma relação próxima entre o processo de envelhecimento, as experiências anteriores e tornar-se idoso: "...uma pessoa que ao não ter boa qualidade de vida acaba tendo um período de bastante sofrimento...sinto assim, que dependendo da qualidade de vida que ele foi estipulando durante a vida anterior dele... um período que pode ser rico, produtivo e de grande prazer." (P4).

Diante da palavra *idoso*, observamos uma variação de freqüência nas respostas. Este foi o único item em que emergiu com mais freqüência a categoria *família* para os usuários, já esta categoria não foi citada pelos profissionais, neste item, o que pode sugerir a necessidade mais premente da família pelos usuários, quando a velhice já se encontrar instalada. "...eu acho que a vida mais melhor está sendo hoje que antigamente, tempo de meu marido, de meus filhos pequenos, eu não tinha oportunidade, não tinha tempo pra cuidar de mim." (Uc)

Os *clusters*<sup>16</sup> nos mostram as tendências representacionais dos participantes. No item 3, a categoria *Trabalho* está relacionada com *Corpo* para os profissionais, com um índice de co-ocorrência equivalente a 1,0. Parece

<sup>16</sup> Ou grupos de categorias próximas, ou com maior índice de co-ocorrência. Ver quadro 7

apresentarem uma visão mais reducionista do idoso. "...me lembra uma pessoa desleixada, os idosos que a gente observa, principalmente aqui onde eu trabalho, são muito, assim, desleixados, falta preocupação com a aparência" (P2); enquanto para os usuários ela está relacionada com várias categorias, com coeficiente de co-ocorrência 1,0: como *Ambiente, Cuidar, Família e Religiosidade*. Aqui transparece a diversidade com que os próprios idosos se auto-definem, a riqueza de relações que podem se estabelecer, apresentando uma visão mais integral do idoso. "Ah, idoso eu acho que é muito gostoso né, porque eu pelo menos sou feliz demais, criei dez filhos, que Deus me deu, mas tá tudo aí, a gente se dá muito bem." (Uc) Esta difere francamente da visão do profissional, onde ainda emerge uma representação típica do Renascimento e do dualismo cartesiano, biologicista como na segunda metade do séc. XIX, período da grande evolução do conhecimento científico e tecnológico sobre o corpo humano. As representações em relação ao idoso que apresentam co-ocorrência entre os profissionais, *Corpo e Trabalho*, remetem à concepção mecanicista do corpo-máquina, intimamente ligado à produtividade. Estas representações corroboram o resultado da pesquisa de Veloz et al. <sup>(18)</sup>, que encontraram as representações de perda da identidade física na velhice como estado, e a perda da capacidade de trabalho.

#### **Item 4 – Palavra indutora *Envelhecer*.**

A palavra plena da categoria *Envelhecer*, e seus sinônimos, foi a que mais se repetiu neste item, tanto para usuários quanto para os profissionais, provavelmente por ser o tema em questão. As categorias *Família* e *Psicológico Motivador* foram mais frequentes entre os profissionais. "essa pessoa tem realizações no seu casamento e com os seus filhos ela vai ter uma velhice tranqüila e feliz". (P2)

Para os usuários, a outra categoria mais freqüente foi *Saúde*, porém, como mostrou o trabalho do grupo *WHOQOL-OLD*, a saúde é um bom indicador para qualidade de vida avaliada como negativa, pois os participantes que mostravam satisfação com sua vida atribuíam os motivos a uma diversidade de fatores; os 18% insatisfeitos tinham a falta de saúde física como motivo de sofrimento e

mal-estar em sua vida atual<sup>(64)</sup>. Nas respostas deste item, o que se destaca mais é a ausência de referências às categorias *Limitações* e *Psicológico Limitante*, pelos usuários. “Ah é bom né, a gente se dá com todo mundo, estando com saúde, vivendo a vida da gente eu acho que é coisa boa de mais, pra mim é”. (Uc)

As categorias com maior índice de co-ocorrência a respeito do envelhecer para os profissionais, porém com índice de apenas 0,33 foram: *Família* e *Psicológico Motivador*, percebendo-se que emerge ainda de forma tênue uma visão mais positiva do envelhecimento, entre os profissionais.

Para os usuários as categorias *Relações Sociais* e *Trabalho* aparecem correlacionadas, com coeficiente equivalente a 1,0. Porém, encontramos nas respostas referências que não nos permitem inferir a importância atribuída aos relacionamentos sociais estabelecidos no ambiente de trabalho, mas sim às pressões sociais a respeito da velhice e como a pessoa “trabalha”, lida com essa questão, como por exemplo: “eu acho que há um social entre a velhice, que pressiona muito agente... no meu caso em especial, é alguma coisa que eu já trabalhei e já aceitei, eu vejo com alegria, não vejo com medo”. (Ud) Reiteradamente, o preconceito velado passa *quase* despercebido, quando generalizamos a concepção negativa de que velho é ruim.

#### **Item 6** – Pergunta: *O que você entende por velhice?*

Novamente, a categoria *Envelhecer* foi a mais freqüente entre os profissionais, ocorrendo, ainda, *Saúde*, *Família* e *Psicológico Motivador*. “A diferença entre o velho e o idoso: o idoso é um sujeito que não se entregou, não considera o seu estado, às vezes limitado, de físico, como se fosse uma doença, como se fosse um prejuízo, ele valoriza muito mais o conteúdo, a experiência, as vivências que tem. Isso”. (P1) A presença destas categorias sugere que, ainda de forma tênue, emerge uma idéia mais ampla, multifacetada de envelhecer com saúde.

Para os usuários a categoria *Saúde* é a mais freqüente, seguida por *Envelhecer*, *Relações Sociais* e *Psicológico Motivador*. “Se realmente eu perdi, em, assim, facilidade de ação física e tudo mais, eu acho que eu ganhei

experiência, moderação, eu vejo uma grande vantagem em ter mais liberdade em dizer o que pensa..." (Ud) E neste item, novamente, a *Família* não foi citada.

Os *clusters* mostram a co-ocorrência das categorias *Família, Limitações, Motivações e Psicológico Limitante* para os profissionais, Com um índice de 1,0. "Eu vejo aquela criança nascer e eu sei que vai ser velho um dia, vai ser idoso, e vai ser mais um marginalizado, porque o idoso é marginalizado, eu acho que ele ainda é uma pessoa deprimida... o poder público não recuperou o idoso, ele recupera nas atividades, tentando auto-sugestão, motivações, mas ele é marginalizado". (P3) A diversidade de categorias que se relacionam aqui, ainda transmitem uma concepção negativa da velhice.

Para os usuários, o *cluster* teve as seguintes categorias: *Envelhecer, Psicológico Motivador, Relações Sociais, Trabalho e Saúde*, no índice de 0,50, onde os idosos atribuem a visão mais positiva de sua qualidade de vida a fatores diversos, o que confirma o trabalho do grupo *WHOQOL-OLD* <sup>(64)</sup>.

Neste item, quando questionados sobre a sua concepção de velhice, houve variação de co-ocorrência de categorias entre os grupos participantes, e nenhuma categoria coincidiu entre profissionais e usuários. Destaca-se entre os dados divergentes, a menção, por parte dos profissionais, da categoria *Psicológico Limitante*: "eu lamento as perdas que agente tem, físicas, que são coisas que atrapalham, que doem, doem no sentido emocional, até pra gente ser mais, tanto vigor físico..." (P4). Já para os usuários, emerge a representação da categoria *Psicológico Motivador*, ratificando as representações opostas entre os grupos.

### **Item 8** – Aspectos que facilitam a condição de ser idoso, na atualidade.

Os profissionais referem com mais frequência a categoria *Envelhecer*, seguida pelas categorias *Ambiente, Saúde e Família*, como condições facilitadoras. "Que sejam primeiramente acolhidos pela família, ter uma família que os ame, que os filhos não abandonem... essencialmente eu acho que é o acolhimento da família, dos filhos, pelo bem querer, pela amizade, pelo lazer que eles tem, eu acho que aí envelhece com qualidade de vida." (P5)

A *Saúde* foi mais freqüente nas falas dos usuários. Esta categoria incluiu aspectos relacionados a atividades físicas, alimentação, sono..., que foram bastante citados neste item: "A gente pratica um esporte, fazer caminhada, come comida maneira, não come comida pesada, porque a comida pesada judia do organismo da pessoa né..." (Ub). Parece emergir, então, a concepção de promoção de saúde integral como facilitadora da condição de ser idoso, como levantado na pesquisa de Teixeira et al., a representação de idoso saudável como consequência de estilo de vida e prática de atividades.<sup>(63)</sup>

*Religiosidade, Família* são categorias também freqüentes entre os usuários: "...o padre me orientou, todo mundo disse: 'a senhora aceita, aprende que a senhora vai ver, vai criar saúde...'" (Uc). A religiosidade caracterizando uma forma de aceitação de acontecimentos naturais da existência humana, e um reforço para os aspectos positivos: "Em primeiro lugar é a família... eu acho que é vital... eu tenho essa benção maravilhosa de Deus, eu acho que foi também plantada por mim, não foi somente porque Deus quis, mas foi uma coisa trabalhada no sentido de ter uma autoridade conquistada, hoje, aos 74 anos" (Ud). Aparece também a *Aposentadoria*: "Hoje tem muita coisa boa, como essa aposentadoria, de primeiro não tinha isso..." (Ua). Percebe-se que, embora as condições de vida não sejam ideais, os idosos referem conquistas em relação a épocas anteriores.

Quanto à co-ocorrência de categorias, o *Cluster* apresenta o mesmo resultado entre os participantes, destacando-se *Ambiente e Família*, com um índice de co-relação de 0,60. Porém, estas categorias ocorreram com mais freqüência nos *corpus* dos profissionais. "quem teve só pros filhos, né, e hoje eles podem se dar o direito de sair, até passear... o que também está levando eles a terem uma qualidade de vida melhor..." (P5) Aqui a família apareceu como um facilitador, como um fator de independência, de já não ter a mesma responsabilidade pela criação e educação dos filhos, como uma oportunidade de cuidar melhor de si mesmo.

### Item 9 - Aspectos que dificultam a condição de ser idoso, na atualidade.

As categorias mais freqüentes para os profissionais foram: *Envelhecer, Relações Sociais*: "...as pessoas, principalmente os idosos ficam muito isolados, então os relacionamentos afetivos vão terminando...", como se a velhice, sine qua nom implicasse em retração das interações sociais (P4) e *Saúde*: "eu acho que ainda é deficiente a assistência do idoso, ela é demorada, e a grande maioria não tem um plano de saúde, e quando tem, esses planos de saúde, a gente acompanha uns, eles deixam a desejar e isso entristece o idoso." (P5) As respostas evidenciam a visão crítica que os profissionais de saúde têm, principalmente ao avaliar as condições em que são atendidos os idosos que são seu objeto de trabalho no fazer cotidiano. Também a categoria *Família* aparece como dificultador, aqui em uma concepção oposta à do item anterior: "Os pais saem e deixam os filhos sozinhos dentro de casa, ou fica com a vó.... quando eles trazem pro fundo é pra cuidar da família, cuidar dos netos, que o pai e a mãe vão trabalhar...ou você vai lá e vê muitas pessoas sentadas na frente de casa, tomando tererê, os idosos tão tudo no fundo." (P3) Percebe-se então, que a família pode ser fonte de satisfação ou de exclusão do idoso e inferimos que cada profissional falou baseado em suas experiências, pessoais ou profissionais: "...eles vão ficando cada vez mais muito sozinhos, então o que eu acho mais difícil hoje é essa situação, que é o que eu tenho visto, trabalhado, visto na família também." (P4)

O *cluster* dos profissionais foi composto pelas categorias: *Psicológico Motivador e Corpo*, com coeficiente de correlação 1,0: "...pessoas que têm uma renda, ou têm uma aposentadoria, têm patrimônio e que podem viajar, que pode dançar, que pode namorar, e que pode ir atrás de acontecimentos novos, são os inquietos... e que no final, na terceira idade, pode desfrutar com segurança e com tranquilidade..., mas essa parcela, ela é tão resumida..." (P1). Os dados sugerem que o profissional refere como dificultador ou limitante, a ausência de fatores que poderiam facilitar a vida dos idosos. A representação do envelhecimento que emerge parece ser a de perda de vitalidade e/ou financeira.

O *cluster* dos usuários apresentou as seguintes categorias: *Envelhecer, Psicológico Motivador, Saúde e Família*, "...as pessoas, os jovens, os parentes entenderem a gente, sei lá, dar mais apoio, ...a gente tem que ter alegria, viver

bem com todo mundo, as pessoas também dar carinho, viver bem com a gente né, fazer compra, enxergar agente, dar valor pra gente.” (Uc) Novamente, inferimos que as categorias correlacionadas parecem representar o desejo do idoso, ou seja, alguns aspectos que considera como ideal para um envelhecimento saudável, ou satisfatório.

### 7.2.2 Bloco II

Aqui será realizada a análise e discussão dos *itens 2 (autocuidado), 5 (formação para o cuidado) e 7 (preparo para cuidar da saúde do idoso)*. A expressão indutora – formação para o cuidado, foi aplicada somente aos profissionais, e quanto ao preparo, foram questionados todos os participantes. A comparação da frequência de ocorrência de cada categoria de palavras e seus sinônimos (tabela 9), e da co-ocorrência das categorias (quadro 8), em cada item do bloco II, será feita para as respostas dos profissionais de saúde e usuários.

#### Item 2 – Autocuidado

As categorias mais frequentes entre os profissionais foram *Cuidar e Saúde*: “É ter uma alimentação saudável, rica em frutas, verduras, e hoje, a moda é a soja, ainda mais na minha idade, fazer exercícios diariamente em torno de 30 a 40 minutos, fazer preventivo ou coleta de colpocitologia oncótica anualmente, fazer auto-exame de mamas mensalmente, lazer também faz parte...” (P2) As referências neste item parecem representar um cuidar mais integral da saúde física e mental, quando citam também o lazer e “...auto-estima, de bem com a vida, uma pessoa positiva...” (P1), referindo uma gama de atividades desempenhadas em benefício próprio, ressaltando o papel ativo necessário ao indivíduo para cuidar de si mesmo, inferimos que se tornam características necessárias certa independência e iniciativa; além de informações e educação em saúde. A categoria *Educação* foi citada somente uma vez entre os

profissionais, e nenhuma entre os usuários neste item, sugerindo que em nossa realidade ainda não se constrói uma *cultura* de autocuidado, ou a consciência de responsabilidade sobre o próprio bem-estar.

Os *clusters*<sup>17</sup> nos mostram as tendências representacionais dos participantes. Percebe-se dados divergentes entre os participantes: *Envelhecer*, *Ambiente e Saúde* aparecem correlacionadas neste item para os profissionais, enquanto para os usuários *Saúde* é substituída por *Religiosidade*, em co-ocorrência com *Ambiente e Envelhecer*. Aqui, emerge com clareza a representação da religiosidade mesclada à noção de saúde. Quando investigamos a noção de autocuidado, as respostas dos usuários sugerem que a tarefa de zelar por uma vida longa e saudável fica atribuída a Deus, ainda mantendo as antigas concepções místicas sobre saúde, na atualidade.

#### **Item 5 – Expressão Indutora: *Formação para o cuidado***

As categorias *Envelhecer*, *Educação e Cuidar* foram as mais freqüentes, sugerindo que o pensamento a respeito de formação para o cuidar encontra-se centrado, possivelmente, em torno da educação formal. Este resultado aponta para uma interface entre os universos conceitual e reificado, já que a maioria dos profissionais não teve formação acadêmica específica para cuidar do idoso: "...então a formação no aspecto acadêmico não contribui muito com isso, foi mais no aspecto da vivência pessoal, da vivência...através da comunidade, do envolvimento com outras pessoas." (P1)

Apresenta ainda, as categorias *Saúde e Afecções*: "...a gente foi adquirindo experiência e formação com o fazer, trabalhando com o hipertenso e trabalhando com o diabético." (P2) Neste ponto do item encontramos a representação de envelhecimento relacionada à doença, como no trabalho de Santos com idosos.<sup>(83)</sup>

A saúde ainda apresenta o enfoque relacionado à ausência de doença, conforme já apontado no trabalho de Guimarães.<sup>(33)</sup> Esta autora sugere um enfoque educacional, desde a escola, família e políticas públicas sobre saúde como sinônimo de qualidade de vida, como forma de auxiliar na mudança de

<sup>17</sup> Ou grupos de categorias próximas, ou com maior índice de co-ocorrência. Ver quadro 8.

representação; e o que constatamos aqui, é justamente um aspecto falho na educação formal dos profissionais que atuam com o envelhecimento em nossa realidade: “Eu não tive formação acadêmica para o cuidado, porém nos livros, os tratados de enfermagem, esse tema já aparecia nas publicações de 75, que eles usavam o termo senilidade...” (P2). Como colocado por Campos<sup>(40)</sup>, a universidade recebe críticas decorrentes da demora na assimilação das transformações que devem ocorrer na área, reproduzindo conhecimento estereotipado, ao invés de ser inovadora.

O *cluster* é composto por *Corpo e Aposentadoria*, com índice 1,0: “...a educação pra saúde do idoso teria que já iniciar desde cedo, com cuidado com o corpo, na alimentação, no exercício físico, na cultura, na condição de ter uma atividade alternativa do trabalho, um *hobbie* que se mantenha depois, mais tarde na aposentadoria...” (P4)

Quando se refere às condições mais ideais de envelhecimento, o profissional destaca aspectos que abrangem a saúde integral, compreendendo a questão da qualidade de vida. Inferimos que o conhecimento reificado sobre o envelhecer, de alguma forma, faz parte do universo profissional, porém a prática ainda não se encontra usualmente norteadada por estas representações. Possivelmente, pela falta de profissionais com qualificação especializada, observamos que o conhecimento científico sobre o envelhecimento ainda é conceitual, ou simbólico, onde não ocorreu a *objetivação*,<sup>(16)</sup> pois os elementos do conhecimento não se encontram integrados à realidade social; e somente através do processo de *amarração* a ciência se converte em uma rede de significações que delimite o domínio do fazer.

### **Item 7 – Pergunta: *Preparo para o cuidado da saúde***

Neste item, os dados coletados confirmam que a formação dos profissionais que atuam no serviço público e na esfera de ensino em saúde sobre a velhice foi autodidata, ou através da prática: “Eu não tive preparo, eu aprendi fazendo. Mas hoje, a gente tem trabalhado muito o climatério na minha sala de aula... então a gente tem passado isso para os alunos também...tanto é

que no segundo ano eles têm climatério, diabetes, hipertensão, tudo isso têm no segundo ano". (P2)

Entre os participantes do estudo, nenhum apresenta especialização em geriatria ou gerontologia, o que contraria o Estatuto do Idoso<sup>(10)</sup>, Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, cap. 4, art. 15, que assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, e em seu parágrafo primeiro, prevê a prevenção e manutenção da saúde do idoso através de atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatorios, e a disponibilidade de unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social.

As categorias que apresentaram maior frequência, em se tratando de preparo para cuidar de saúde do idoso, entre os profissionais foram: *Envelhecer, Educação e Cuidar*: "Não, não teve. A formação é uma coisa assim, muito acadêmica, muito mecanizada, cada professor chega, dá um determinado trecho de uma determinada disciplina, de um determinado livro, não houve uma intenção de formar um profissional para cuidar de idosos." (P1)

Aparecem também, embora menos freqüente entre os profissionais, as categorias *Saúde e Afecções*: "...a residência em saúde do adulto, dá um preparo né, dá um preparo do conhecimento de saúde e doença, e nos dias de hoje, é muito voltado às doenças crônicas né, então por longo tempo eu só trabalhava com crianças, hoje eu fui aprendendo, fui estudando, é o dia-a-dia, essência de observação." (P5) Novamente, a concepção de saúde emerge vinculada à de doença, para todos os participantes.

Entre os usuários, as categorias com maior frequência são *Saúde e Afecções*: "Não, eu sempre eu cuido assim, eu tenho os remédios aí...eu sofri uma colostomia tá com vinte e seis..., tava com 73 anos, de vez em quando dá um problema qualquer, mas eu tenho remédio aí, receita médica aí, tomo." (Ua)

Os *clusters* nos mostram a co-ocorrência das categorias *Afecções e Trabalho*; e *Família, Religiosidade e Ambiente*, para os profissionais, com um coeficiente de correlação de 0,50. O primeiro *cluster* caracteriza o trabalho dos profissionais de saúde mais relacionado à representação de doença: "Não foi uma formação acadêmica com o idoso, só com adulto, mas ao longo do tempo a gente... eu cuidei muito de gente idosa, a nível de hospital, a nível de UTI." (P5) Destacamos o fato de que a categoria *Educação* não apresentou co-ocorrência com nenhuma outra, em relação ao preparo para o cuidado em saúde do idoso.

O segundo *cluster Família, Religiosidade e Ambiente*, representa o conhecimento adquirido no universo consensual: "...no nosso cuidado com ele, na vontade dele viver, isso reflete muito, e por isso também eu trabalho com o idoso, primeiro agente não se prepara, primeiro agente já aprende muito todos os dias, eles tem muito a nos ensinar". (P5)

Os *clusters* de co-ocorrência nas respostas dos usuários têm índice de 1,0 e são: *Envelhecer, Educação, Relações Sociais e Ambiente*: "...a gente lê num livro, vai numa reunião, mesmo a igreja, a gente tem muita que ensina, que explica, tem essa lá na Igreja Nossa Senhora de Fátima nós vamos lá toda quinta feira, coral dos idosos, ensina muito a gente." (Uc) As falas demonstram que o preparo que o idoso recebe para o envelhecer ocorre no seio da própria comunidade, via leituras e contatos interpessoais: "Eu sempre tive, sempre me interessei muito por isso, sempre li bastante, mas eu não tinha um acompanhamento médico, eu sempre temi, porque na minha cabeça alguns médicos prejudicam mais do que ajudam, então eu sou incapaz de tomar um remédio sem antes ler a bula..." (Ud) Inferimos que, além das dificuldades de acesso ao atendimento especializado, sobrevém também o temor aos tratamentos, efeitos colaterais, etc. Aparece delineada a relação dos conhecimentos reificado e consensual, coexistindo com crenças e senso comum.

*Corpo e Psicológico Motivador* são categorias que também compõem um agrupamento dos usuários com o coeficiente 1,0: "estou me sentindo muito bem, com outra predisposição, e estou sentindo ânimo de ir recuperar o que ainda tem de físico, que é pra eu aproveitar, perdi 15Kg, estou me sentindo mais animada, quando fui a ela tava com 21 de pressão, agora tô com 12, então são essas coisas, que eu to me sentindo assim..." (Ud) Percebemos aqui, a interação da psicossomática relacionada aos cuidados com a saúde, no idoso.

### **7.2.3 Bloco III**

Aqui será realizada a análise e discussão do *item 1 (qualidade de vida)*. A comparação da frequência de ocorrência de cada categoria de palavras e seus sinônimos (tabela 10), e da co-ocorrência das categorias (quadro 9), em cada

item do bloco II, será feita para as respostas dos profissionais de saúde e usuários.

**Item 1** – Palavra Indutora: *Qualidade de vida*

*Saúde, Psicológico Motivador e Cuidar* foram as categorias mais freqüentes no *corpus* dos profissionais: “Saúde. Saúde, felicidade, alegria, realização pessoal... .. eu não tenho dúvida, é a minha vida profissional, tem sido isso, atender posto de saúde, portanto pessoas da periferia da cidade e da periferia social, que se essas pessoas tivessem cuidado, não estariam aí, a maioria obesa, a maioria são pessoas que não se cuidaram, e tão aí, tantos estão até feios fisicamente e poderiam ter se cuidado, sem nenhuma exigência financeira” (P1)

Neste item emerge a associação entre cuidado, prevenção e bem-estar: “Saúde. Qualidade de vida... saúde é qualidade de vida, porque você tem que estar bem física, emocionalmente e financeiramente” (P6) Em Congro<sup>(51)</sup> o conceito de qualidade de vida é definido como a sensação de bem-estar do indivíduo, originado pela satisfação de condições objetivas e subjetivas.

Entre os usuários, as categorias *Religiosidade, Psicológico Motivador e Saúde* foram as mais freqüentes. Parece que a fé religiosa, associada aos sentimentos, possivelmente de otimismo e esperança, auxilia na satisfação das condições subjetivas que promovem bem-estar e qualidade de vida: “...a qualidade de vida.... a vida prá mim é boa, hoje tem coisas diferentes, no meu tempo que eu fui mais novo, não havia tanta coisa como tem hoje, mas prá mim tá tudo bom...Não tenho inimizade com ninguém, graças ao Pai do Céu, me dou bem com Deus de todo mundo” (Ua)

O *cluster*<sup>18</sup> é composto pelas categorias *Envelhecer, Corpo e Saúde* para os usuários e o seu coeficiente de correlação é 1,0. “Qualidade de vida...é... é alimentação adequada, que seja uma coisa que, na minha idade, sirva pro meu corpo.” (Uc)

O agrupamento das falas dos profissionais ocorreu entre as categorias *Afecções, Cuidar e Relações Sociais*, o que observamos ser uma relação atribuída

<sup>18</sup> Ou grupos de categorias próximas, ou com maior índice de co-ocorrência. Ver quadro 9.

ao *Cuidar*, como prevenção às doenças “é comum na nossa cultura, é resultado da busca da satisfação imediata, ou seja, comer muito, descansar muito, é beber muito, então a pessoa não se preocupa o que vai resultar desse comer muito, o que vai resultar desse beber muito, de fumar, de descansar muito, desse ócio, que vai ser a pessoa obesa, a pessoa com doenças devido ao não cuidado.” (P1); e os contatos sociais como facilitadores para aquisição de conhecimento auxiliar na promoção de qualidade de vida, que aparece novamente como resultante do estilo de vida, conforme levantado por Veloz et al.<sup>(18)</sup>

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS – COLHENDO OS FRUTOS

A Representação Social, para Moscovici, reúne e faz circular experiências, vocabulários, conceitos e condutas que provêm de origens diversas. Assim, "...ela reduz a variabilidade dos sistemas intelectuais e práticos, os aspectos desconexos do real".<sup>(16, p. 63)</sup> Neste sentido, buscamos compreender neste trabalho, de que forma a representação social do processo de envelhecimento informa possibilidades para o cuidado integral do idoso, e como estas representações relacionam-se à prática do cuidado.

Os profissionais de saúde participantes desta pesquisa encontram-se, em sua maioria, em processo de envelhecimento, nesta sociedade atual, que valoriza o jovem pela sua vitalidade e sucesso, e onde pode ocorrer a desvalorização às pessoas de meia-idade. Aqui, mudanças físicas iniciarão muito além da aparência, principalmente nos olhos e ouvidos, e torna-se tarefa importante o ajustamento às limitações que o tempo impõe ao ser humano.

Em períodos anteriores, os profissionais eram muito respeitados pela experiência adquirida no exercício de sua profissão. Já hoje, manter-se atualizado é fundamental, pela rápida e crescente evolução científica e tecnológica. Neste período, ou ele desenvolve o máximo de suas potencialidades, ou se tornará improdutivo. É possível que neste estágio encontre-se no auge de sua produtividade, tendo alcançado os objetivos propostos em sua juventude, sentindo-se pressionado a manter o lugar conquistado, quando, geralmente, são poucas as possibilidades de ascensão. Começa aqui, a jornada da colheita.<sup>(1, 75)</sup>

Na análise dos dados levantados, percebemos que os profissionais atribuem muito mais importância ao apoio familiar do que os próprios usuários, idosos. É possível que o momento em que se encontram estes profissionais esteja coincidindo com a entrada dos filhos na vida adulta, como estarem saindo de casa, por exemplo. Este fato pode exigir mais uma adaptação à nova realidade, coexistindo com o temor à solidão na velhice, geralmente neste período em que passam a assumir responsabilidades em relação aos seus próprios pais.

Emerge no discurso dos profissionais, consoante a pesquisas recentes<sup>(18, 45)</sup>, a preocupação com a perda do vigor físico e da capacidade de trabalho, transparecendo uma representação organicista do envelhecimento ou ainda,

mecanicista, ligada ao mito da improdutividade, como se todo velho fosse necessariamente improdutivo; porém, na ausência de enfermidades graves ou problemas sociais, a pessoa pode permanecer ativa e criativa praticamente até o fim da vida. <sup>(75)</sup> Estas representações da velhice parece estarem muito mais relacionadas a pré- concepções, ou preconceitos, também arraigados entre a classe dos profissionais.

As categorias que mais se correlacionam nas falas dos profissionais (Família, Saúde, Psicológico Limitante, Psicológico Motivador e Limitações) apontam para uma representação de bem-estar relacionada à dependência da família e do ambiente, apontando para a concepção negativa de velhice relacionada à dependência e exclusão. São compreensíveis as apreensões e a representação de perdas, entre outras, de vitalidade e financeiras que se correlacionam com o envelhecimento para os profissionais, considerando-se que a sociedade atual é basicamente controlada pelo adulto de meia-idade.

Ao contrário, estas situações parece já estarem bem elaboradas pelos idosos, que demonstram até certo alívio, proporcionado por já não ter a sobrecarga de responsabilidade sobre a criação e educação dos filhos, podendo desfrutar de uma liberdade conquistada.

De uma forma geral, os idosos demonstraram uma concepção abrangente e positiva do envelhecimento, como pode ser observado nesta colocação: "...tem muita alegria, hoje, nessa minha idade, faço tudo que eu gosto, como tudo que eu gosto, no limite né... trabalho, faço ginástica, faço caminhada e passeio muito, me divirto muito, eu acho que a vida mais melhor está sendo hoje que antigamente..." (Uc)

Também as categorias correlacionadas (Envelhecer, Saúde, Trabalho, Religiosidade, Relações Sociais e Psicológico Motivador) foram mais diversificadas, onde manifestaram uma visão mais otimista do próprio envelhecimento que abrange a concepção que eles possam ter de qualidade de vida.

Entre os aspectos considerados pelo idoso como facilitadores das condições de vida, o mais freqüente foi a categoria Saúde, conforme constatado em pesquisas recentes,<sup>(19)</sup> relacionada ao estilo de vida e prática de atividades. Surge a concepção de que a promoção da saúde integral é um importante facilitador da condição de ser idoso, o que, por si só, justificaria melhores condições de acesso aos serviços de saúde.

Aparece também a questão da religiosidade, a igreja também como uma instituição social de apoio e convivência, mas principalmente em relação à aceitação e vínculo com a própria realidade do indivíduo: "...quando eu comecei a ver a realidade, aprender a aceitar tudo do jeito que é, eu me senti outra, a vida ficou mais fácil. Hoje eu sou feliz." (Uc) A partir da aceitação da realidade, a pessoa assume uma atitude mais racional, que permite uma vida mais tranqüila.

Os participantes referem conquistas de normas e alguns privilégios concedidos legalmente aos idosos (aposentadoria, filas, etc.), embora as condições ainda estejam longe de ser ideais.

O grupo de categorias com maior índice de co-ocorrência foi o mesmo para os participantes neste item: Ambiente e Família, apontando, entre os usuários, para a questão da independência e da oportunidade de cuidar melhor de si mesmo, investindo na continuidade de seu desenvolvimento, o que evoca a reflexão sobre os estudos atuais a respeito da plasticidade cerebral.

Já o principal aspecto considerado como dificultador das condições de vida dos idosos, entre os profissionais, foi referente à categoria Relações Sociais, assinalando uma concepção de velhice associada a isolamento e marginalização. Aparece também, novamente a questão da deficiência na assistência à saúde do idoso e a família como atuante na exclusão e abandono do idoso.

Para os idosos, a principal manifestação é quanto ao desejo de valorização, e a importância do apoio e tratamento afetivo por parte da família. Esta é citada aqui como um fator dificultador, enquanto a necessidade de relacionamento é, muitas vezes, satisfeita através da interação social, em oposição à concepção dos profissionais.

A concepção de autocuidado apresenta parece representar um cuidado mais integral em saúde, porém falha no sentido de um papel ativo e educação para o cuidado de si mesmo, denotando a ausência de uma visão de construção de saúde, ou responsabilidade sobre o próprio bem-estar. Especificamente nos usuários, a concepção mística de saúde prevalece.

Quanto à formação e preparo para o cuidado, por parte dos profissionais, emerge com frequência a ausência de preparo acadêmico, e a experiência adquirida no tratamento de doenças, apontando para a representação de velhice e também a concepção de saúde associadas à doença, corroborando o resultado de outras pesquisas. <sup>(83, 33)</sup>

Enquanto o conhecimento reificado enfatiza a promoção de saúde e a prevenção, a prática do profissional ainda é mais focalizada nas ações curativas. O conhecimento científico sobre o envelhecimento ainda é conceitual, não se encontra integrado à realidade social de forma a delimitar o domínio do fazer, o que pode estar afetando o desenvolvimento da qualidade de vida e o cuidado integral à saúde do idoso.

A qualidade de vida mostra entre os profissionais uma representação correlacionada às categorias Cuidar e Afecções, ou seja, o cuidar como prevenir doenças.

A qualidade de vida, para os idosos, apresenta um conjunto de representações mais positivas, indicando novamente uma visão otimista, com a associação às categorias Saúde, Psicológico Motivador e Religiosidade.

Diante destas representações sobre velhice, cuidado e qualidade de vida, podemos inferir que a falta de qualificação especializada para o cuidado desta população interfere nas práticas de cuidar em saúde.

A divergência representacional entre as concepções dos profissionais e dos idosos aponta para uma defasagem na assimilação das mudanças que vêm ocorrendo na realidade do envelhecimento.

Reafirmamos, por isto, a relevância de que resultados encontrados contribuam para que o conhecimento adquirido, acompanhe a evolução da sociedade; como auxiliar no direcionamento de políticas de educação e saúde, integrando os universos consensual e reificado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Erikson E. *Childhood and society*. New York: Norton; 1969.
- (2) Freud S. *Obras Completas. quarta edicion*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1981.
- (3) Neri AL, org. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papyrus; 1993.
- (4) Neri AL, org. *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas, SP: Papyrus; 2001.
- (5) Fontaine R. *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa, Portugal: CLIMEPSI; 2000.
- (6) Guimarães LAM, Grubits S, orgs. *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. v.I.
- (7) Organização mundial de saúde – OMS. *Relatório Mundial de Saúde – The world health report 2001 – Mental health: New understanding, new hope*. [capturado 04 abr. 2004]. Disponível em URL: <http://www.who.int/whr/>.
- (8) IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. [capturado 12 jul 2003]. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br/indicador/indica.htm>.
- (9) COMCIÊNCIA. *A política nacional do idoso: Um Brasil para todas as idades*, 2002. [capturado 04 abr. 2004]. Disponível em URL: <http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env02.htm>.
- (10) BRASIL. Senado Federal. Comissão diretora. *Redação final do projeto de Lei da Câmara nº 57, de 2003 (nº 3.561, de 1997, na Casa de origem)*. Parecer nº 1301 de 2003, Estatuto do Idoso. Brasília, DF, 23 set 2003.
- (11) Camarano AA. *Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2002. [capturado 04 abr. 2004]. Disponível em URL: <http://www.ipea.gov.br>.
- (12) Stuart-Hamilton I. *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed; 2002.

- (13) Veras R. Epidemiologia do envelhecimento na América Latina. In: Forlenza OV, Caramelli P, org. Neuropsiquiatria geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2000.p.7-21.
- (14) Lidz T. A Pessoa: seu desenvolvimento durante o ciclo vital. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.
- (15) Guareschi PA, Jovchelovitch S, orgs. Textos em representações sociais. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.
- (16) Moscovici S. A Representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- (17) Chaves AM, BARBOSA MF. Representações sociais de crianças acerca de sua realidade escolar. Estudos em Psicologia 1998; 15 (3):29-40.
- (18) Veloz MCT. Representações sociais do envelhecimento. [capturado 25 ago 2003]. Disponível em URL: <http://www.scielo.com.br>.
- (19) Teixeira MCTV, Schulze CMN, Camargo BV. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde. [on line]. 2002. [capturado 25 ago 2003]. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a16v07n2.pdf>.
- (20) Sá CP. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJP, org. O conhecimento cotidiano: as representações sociais na perspectiva social. São Paulo: Brasiliense; 1995.
- (21) Roazzi A, Federicci FCB, Carvalho, MR. A questão do consenso nas representações sociais: Um estudo do medo entre adultos. Psicologia: Teoria e pesquisa 2002; 18(2):179-192.
- (22) Trindade ZA. As representações sociais e o cotidiano: a questão da maternidade e da paternidade. Psicologia: Teoria e pesquisa 1993; 9(3): 535-546.
- (23) Cardoso MHCA, Gomes R. Representação social e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo de saúde coletiva. Cadernos de Saúde Pública 2002; 16(2): 499-506.

- (24) Santos MFS, Almeida AMO. Práticas sociais relativas aos idosos. *Temas em Psicologia da SBP* 2002; 10(3): 221-228.
- (25) Almeida OP. A pesquisa em representação social: fundamentos teórico-metodológicos. *Ser Social* 2001; 9: 129-158.
- (26) Spink MJP. *Psicologia social e saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
- (27) Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, org. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
- (28) Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994.
- (29) Jodelet D. *Representaciones sociales: contribución a um saber sociocultural sin fronteras*. In: Jodelet D., Tapia AG, coord. *Desvelando la cultura- Estudios em representaciones sociales*. México: *Universidad Nacional Autónoma Del México*; 2000. p. 7-30.
- (30) Rodrigues J, Fernandes F. *Durkheim–Sociologia*. São Paulo: Ática; 1995.
- (31) Durkheim E. Representações individuais e representações coletivas. In: *Filosofia e Sociologia*. Rio de Janeiro: Forense; 1970.
- (32) Souza Filho EA. A dimensão grupal/identitária na produção de representações sociais. In: *Novas contribuições para teorização e pesquisa em representação social*. Florianópolis: *Imprensa da Universidade Federal de Santa Catarina*; 1993. p. 85-107.
- (33) Guimarães I. Quando esquecer é o problema: Representações sociais sobre saúde mental no envelhecimento e os desafios impostos pela demência. Brasília, 2005. Mestrado [Dissertação em Ciências da Saúde] – Universidade de Brasília.
- (34) Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70; 1977.
- (35) Moscovici S. *L'ere des representations sociales*. In: Doise W, Palmonari A. *L'estudes des representations sociales*. Neuchatel-Paris: Delachaux et Niestlé; 1986.

(36) Guareschi P. Representações sociais: alguns comentários oportunos. In: Novas contribuições para teorização e pesquisa em representação social. Florianópolis: Imprensa da Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.

(37) Aranha MLA, MARTINS, MHP. Filosofando–Introdução à filosofia. São Paulo: Moderna; 1986.

(38) Moura MLS. Práticas sócio-culturais, construção compartilhada de conhecimento e representações sócias. In: Trindade ZA, Caminho C, orgs. Cognição Social e Juízo Moral, Série Coletâneas da ANPEPP 1996; 1(6):25-44.

(39) Sawaia BB. Representações e ideologia – o encontro desfetichizador. In: Spink MJ, org. O conhecimento cotidiano: as representações sociais na perspectiva social. São Paulo: Brasiliense; 1995.

(40) Campos FC, org. Psicologia e Saúde – Repensando Práticas. São Paulo: HUCITEC; 1992.

(41) Coelho MTDA, A Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de inferência científica. História, ciências, saúde – Manguinhos 2002; 9(2):315-333.

(42) Angerami VA, org. Psicologia da saúde – um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira; 2000.

(43) Rey, F. *Personalidad, Salud y Modo de Vida*. Havana: Unam Iztacala. In: Rey F, Martínez AM. *La Personalidad: su educación y desarrollo*. Havana: Editorial Pueblo y Educación; 1993.

(44) Werner J. Saúde e Educação. Rio de Janeiro: Gryphus; 2000.

(45) Nascimento – Schulze CM, Garcia YF, Arruda DC. *Health paradigms, social representations of health and illness and their central nucleus. Papers on Social Representations* 1995; 4(2):187-98.

(46) Polonia A, Alves ED. Ações educativas em saúde: Repensando Paradigmas. In: Adolescentes: pensando juntos- manual do facilitador – Secretaria de Saúde: Brasília; 2003.

(47) Restepo HR, Málaga H, org. *Promoción de la salud: Como construir vida saludable*. Colômbia/Bogotá: Medica Interacional; 2001.

(48) Dupas G, et al. Reflexão e síntese acerca do modelo auto cuidado de Orem. Acta Paul. Enf. 1997 jan./mar; 7(1):19-26,. 1997.

(49) Michelone APC. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. São Paulo; 2002. Mestrado [Dissertação em Enfermagem] - Universidade de São Paulo.

(50) Fleck MPA. O Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (Whoqol-100): características e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva 2000; 5:33-8.

(51) Congro MMR. Mulheres na gerência: um estudo sobre a qualidade de vida das trabalhadoras em empresas de Dourados - Mato Grosso do Sul. Campo Grande; 2003. Mestrado [Dissertação em Psicologia da Saúde] - Universidade Católica Dom Bosco.

(52) Ramos WN. A qualidade de vida no trabalho de médicos e enfermeiros: um estudo de caso em hospital público de Belo Horizonte. Minas Gerais; 1995. Mestrado [Dissertação em psicologia] - Universidade Federal de Minas Gerais.

(53) Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva 2000; 5(7):18.

(54) Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Revista Latino- Americana de Enfermagem 1996; 4:5-18.

(55) Souza L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Revista de Saúde Pública 2003; 37(3):364-71

(56) Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18(5):1207-1214.

(57) Campos-Navarro R, Torrez D, Arganis-Juárez EM. *Las representaciones del padecer em ancianos com enfermedades crônicas. Um estudio em la Ciudad Del México.* Cadernos de Saúde Pública 2002; 18(5):1271-1279.

(58) Murray CJL, Lopes AD. *Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of disease study.* The Lancet 1997; 349: 1347-1436.

(59) Sevalho G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Cadernos de Saúde Pública* 1993; 9(3): 349-363.

(60) Alvares AA. *Representacion Social de la Salud: Investigaciones*. *Cadernos de Psicologia* 2002; 9:53-67.

(61) Galli R, Fasanelli R. *Health and illness: a contribution the research in the field of social representations*. *Papers On Social Representations* 1995; 4(1):1–27.

(62) Mostazo RR, Kirschbaum DIR. Usuário de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações acerca do tratamento psiquiátrico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 1996; 11(6):25-44.

(63) Teixeira MCTV, Schulze CMN, Camargo BV. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. *Rev Estudos de Psicologia* 2002; 7(2).

(64) Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Projeto Whoqol-old: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37(6).

(65) Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, et al. A definição dos idosos de qualidade de vida. *Rev Bras de Psiquiatria* 2003; 25(1): 31 -39.

(66) Pitta A. Hospital, dor e morte como ofício. *Série Saudeloucura, São Paulo: HUCITEC*; 1991.

(67) Dejours C. *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

(68) Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulário de psicanálise*. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

(69) IPEA – Instituto de pesquisa econômica aplicada. *Avaliação de resultados da Lei do Fator Previdenciário*. [Texto para discussão1161]. 2006. [capturado 10 abr 2006]. Disponível em URL: <http://www.ipea.gov.br>.

(70) Kubler-Ross E, Kessler D. *Os segredos da vida*. Rio de Janeiro: Sextante; 2004.

(71) Papaleo Neto M. et al. O estudo da velhice no século XX, história, definição do campo e teorias básicas. In: Freitas AL, org. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

(72) Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(4):899-906.

(73) Blass JP, Cherniack EP, Wiksler ME. Teorias de envelhecimento. In: Calkins E, Ford AB, Katz PR. *Geriatria Prática*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinte-R; 1997.

(74) Duque-Parra JE. *Relaciones neurobiológicas y envejecimiento*. *Rev Neurologia* 2003; 36(6):549-554.

(75) Rosa M. *Psicologia evolutiva. Psicologia da idade adulta*. Petrópolis: Vozes; 1987.

(76) Katchadourian H. *Fifty: Midlife in perspective*. New York: Freeman; 1987.

(77) Papalia D, Olds SW. *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

(78) Barreto ML. Admirável mundo velho – Velhice, fantasia e realidade social. São Paulo: Ática; 1992. p. 7-42.

(79) Guimarães RM, Cunha UGU. *Sinais e sintomas em geriatria*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2004.

(80) Messy J. *A Pessoa idosa não existe – uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: ALEPH; 1999.

(81) Mannoni M. *Lé nommé et l'innominable*. Paris: Denoel; 1991.

(82) Volich RM. *De Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

(83) Santos GA. Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. *Revista Texto & Contexto* 2003; 1(1).

(84) Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social em saúde*. Rio de Janeiro; 1989. Doutorado [Tese] - FIOCRUZ.

(85) Demo P. Pesquisa e construção de conhecimento. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1994.

(86) BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

(87) Brier AP. *HAMLET computer assisted text analysis*. [on line]. 2005. [capturado 23 mar 2006]. Disponível em URL: <http://www.apb.cwc.net/hamlet.htm>.

## ANEXO A – Artigo Científico

# Tempo de plantar e tempo de colher... As representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento

Elizete Maria Bachi Comerlato<sup>I</sup>; Iraci Guimarães<sup>II</sup>; Elíoenai Dornelles Alves<sup>III, \*</sup>

<sup>I</sup> Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília, Psicóloga, Professora da UNIGRAM, Dourados, Mato Grosso do Sul, MS, Brasil

<sup>II</sup> Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília, Psicóloga, Brasília, DF, Brasil

<sup>III</sup> Professor Doutor Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, DF.

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Identificar representações sociais de profissionais de saúde acerca do envelhecer e como estas representações relacionam-se com a prática do cuidado.

**MÉTODOS:** Com embasamento teórico-científico na Teoria da Representação Social, a análise de dados foi qualitativa, com o auxílio de um *software* de análise de conteúdo, o *HAMLET@*, que analisa a probabilidade de junção entre as categorias estipuladas. Participaram do estudo 10 pessoas, profissionais de saúde e usuários, idosos ou em processo de envelhecimento, dos serviços de atenção à saúde de idosos em Dourados – MS. O instrumento de coleta foi uma entrevista semi-estruturada com inclusão de palavras e expressões indutoras.

**RESULTADOS:** Após os itens das entrevistas serem agrupados em blocos temáticos, observaram-se diferenças qualitativas entre as representações dos profissionais e dos usuários.

**CONCLUSÕES:** Na análise dos dados levantados, os profissionais atribuem muito mais importância ao apoio familiar do que os próprios idosos. Emerge no discurso dos profissionais a preocupação com a perda do vigor físico e da capacidade de trabalho, já os idosos mostraram uma concepção abrangente e positiva do envelhecimento.

**Descritores:** Idoso. Qualidade de vida. Saúde. Educação. Representação Social.

---

### INTRODUÇÃO

Os países desenvolvidos e em desenvolvimento vivem atualmente um processo de transição demográfica com o envelhecimento da população, devido a um desequilíbrio entre as taxas de natalidade e mortalidade e o aumento da longevidade. O envelhecimento já não é somente mais uma fase de desenvolvimento individual, porém a sociedade e as ciências da saúde ainda não conseguem desenvolver ações para a assistência dos idosos.

Em Janeiro de 1994, o Congresso Nacional decretou a lei 8.842 referente à Política Nacional do Idoso, e na seção 2, artigo 4, há uma diretriz que exige capacitação e reciclagem em geriatria e gerontologia, dos recursos humanos que prestam serviços aos idosos, enquanto na prática, o atendimento a pessoas idosas ainda é realizado basicamente por especialidades clínicas gerais.

Nas diversas teorias do desenvolvimento humano, o autor que definiu de forma mais abrangente a seqüência de fases da vida e suas tarefas evolutivas foi Erik Erikson.<sup>(1,2)</sup> Para este estudo destacam-se duas fases fundamentais: a primeira e a oitava. Na primeira ocorre o estabelecimento da confiança básica e a base para a confiança no meio e nas experiências relacionais durante a vida, denominada de esperança. No envelhecimento quando se passa a duvidar das próprias capacidades, pelo desgaste orgânico natural à idade, esta esperança tem maior funcionalidade. O desenvolvimento humano se completaria na oitava fase do ciclo de vida, quando ocorre um sentimento de maior realização na idade avançada, originando um senso de integridade do ego.<sup>(1)</sup>

Na visão tradicional quase sempre o envelhecimento é considerado somente em termos de perdas, mesmo com diferenças culturais significativas<sup>(3)</sup>. Por exemplo, na cultura ocidental, em contraste com a oriental, o jovem é valorizado, sua vitalidade e produtividade econômica, não se atribuindo um papel significativo ao idoso.<sup>(4)</sup>

### **A teoria das Representações Sociais**

A Teoria das Representações Sociais teve sua origem na Europa, em 1961, com as publicações de Serge Moscovici. A faceta sociológica desta teoria está na concepção das Representações Coletivas de Durkheim.<sup>(5,6)</sup> Esta é uma abordagem dos posicionamentos dos indivíduos frente a situações cotidianas, não como reações singulares, mas sim como re-atualizações de saberes compartilhados por grupos.<sup>(7)</sup>

Para Moscovici o conceito de representação social é: *"... um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no curso das comunicações interindividuais. Elas são equivalentes em nossa sociedade aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas até podem ser vistas como a versão contemporânea do senso comum."*<sup>(7, p.3)</sup>

A função da representação social é a construção da realidade, tornando familiar o não-familiar<sup>(7,8)</sup>. Seu estudo permite compreender a forma como as pessoas representam um objeto mas, principalmente, a finalidade e a função deste é dar indicativos e possibilidades de enriquecimento na qualidade da interação social entre indivíduos, ou entre grupos.<sup>(9,10)</sup>

Representar um objeto é internalizá-lo, é conhecê-lo, conferindo um significado natural de nosso universo<sup>(6)</sup>, portanto é importante saber qual a natureza, ou conteúdo da representação e a função da representação.<sup>(11)</sup> Ainda, pela teoria coexistem na sociedade moderna dois universos de pensamento:<sup>(8)</sup> os universos consensuais, onde são feitas as atividades ou práticas sociais cotidianas; e os universos reificados, onde a ciência e o pensamento erudito circulam. Além disso, Moscovici descreve duas etapas geradoras da representação social: <sup>(6)</sup> a objetivação que implica na reabsorção das significações tornando real um esquema que era conceitual ou simbólico; e a amarração, ou ancoragem, é semelhante a um processo de categorização, atraindo o objeto para uma rede de significações.

### **Saúde**

Tanto no Ocidente como no Oriente, desde tempos remotos, sabe-se que a vinculação entre corpo e mente, ou comportamento e saúde estão ligadas às reflexões sobre a doença. Neste sentido, a saúde seria o resultado de um longo processo: de ser construída e mantida, e a doença, como a perda da ingenuidade. Cultivar a saúde seria o oposto à ilusão de *voltar* à saúde, como em um caminho sem *volta*.<sup>(12,13)</sup>

A saúde e a doença passaram de uma compreensão mística para científica, conforme a evolução do conhecimento humano. De um ser influenciado somente pelo divino, o

homem passou a ser visto em sua existência biológica e mental, transformando-se, então, em um conjunto de porções que interagem entre si.<sup>(14,15,16)</sup> Sigmund Freud defendeu que a historicidade do indivíduo tem íntima ligação com seu estado de saúde/doença. Estudando a dinâmica do aparelho psíquico, pela via humanista, Freud salientou que também existe homeostase no aparelho mental, resgatando a noção hipocrática de *pessoa doente*, e não apenas de doença.<sup>(17)</sup>

O Relatório Mundial de Saúde, em 1987, reafirmou a definição de que a saúde não era simplesmente a ausência de doença, mas sim um estado de completo bem-estar físico, social e mental.<sup>(14)</sup> A saúde não é a ausência de sintomas mas sim um funcionamento integral que maximiza os recursos do organismo diminuindo a vulnerabilidade aos processos causadores de enfermidade.<sup>(17,18,19)</sup> Definir um padrão de saúde é tarefa árdua, é mais interessante pensar em qualidade de vida, considerando as limitações impostas pelo social, ambiente ou físicas.<sup>(15)</sup>

A promoção da saúde é concebida de forma integral, em uma visão horizontal da interação funcional do organismo, que é fruto de uma história de vida e tem uma natureza social, não apenas orgânica. As semelhanças entre prevenção e promoção de saúde se caracterizam como funções complementares destas, porém a questão principal seria não incompatibilizar as ações. Polônia e Alves<sup>(20)</sup> apresentam a síntese destes dois conceitos adaptado de Restepo<sup>(21)</sup>: a promoção atua sobre os determinantes da saúde integral e cria opções saudáveis e de fácil acesso às populações; e a prevenção, por sua vez, atua na redução dos fatores de risco e doenças, além de proteger os sujeitos contra riscos específicos.

### **Autocuidado**

Os estudos em autocuidado remontam ao século passado. Dorothea Orem, enfermeira dos Estados Unidos, em 1958, foi a pioneira no estudo de um modelo conceitual para direcionar as práticas de autocuidado, sendo *“...as ações que os indivíduos iniciam e executam pôr si mesmos para manter, promover, recuperar e/ou conviver com os efeitos e limitações dessas alterações... contribuindo para sua integridade, funcionamento e desenvolvimento”*. A expressão autocuidado é usada como sinônimo de cuidado de si, por ações que promovam qualidade de vida. É um comportamento que implica no papel ativo do indivíduo em atividades a fim de manter a vida, a saúde e o bem estar.<sup>(22)</sup>

### **Qualidade de Vida**

Qualidade de vida é uma das terminologias mais interdisciplinares da atualidade, servindo como elo em pesquisas das mais diversas áreas do conhecimento, como a sociologia, psicologia, medicina, enfermagem, outras.<sup>(23)</sup> O *WHOQOL Group*, da Organização Mundial da Saúde (OMS) que estuda qualidade de vida, a define como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.<sup>(24)</sup>

A qualidade de vida tem componentes subjetivos e objetivos, uma forma subjetiva de compreender a vivência da realidade objetiva. Fleck afirma que esta só pode ser avaliada pela própria pessoa cuja qualidade de vida está sendo medida.<sup>(24)</sup> No idoso esta pode ser definida pela determinação, precisão e busca de objetivos de vida, o quê é fomentado por estados anteriores do desenvolvimento.<sup>(25)</sup>

### **A Despolarização Dos Profissionais De Saúde/ Usuários**

O profissional de saúde é uno, indivisível, e também constrói suas representações na convivência cotidiana mas, por outro lado, tem o processo de formação profissional que

Ihe 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.

A organização científica do trabalho inevitavelmente exerce influência na relação particular do profissional como usuário. A técnica e a padronização não impõem a reflexão sobre o objeto de trabalho, neste ponto, a onipotência da técnica, o *modo de fazer* de uma prática, se encarrega de cindir e diluir a identificação e a impotência, entre outros intensos sentimentos mobilizados.<sup>(26)</sup> As ocupações na área da saúde devem ser pensadas como um conjunto de profissões, sob a ótica do conceito de atenção integral à saúde. Conhecer a realidade da população alvo permite que as ações sejam direcionadas pela própria demanda, embasadas na realidade social. Esta reflexão não visa capacitar todos os técnicos como psicólogos, mas estender sua possibilidade de auxílio ao paciente, através da ótica do atendimento integral do indivíduo.

## Envelhecimento

Estudar o processo de envelhecimento e da velhice é uma preocupação que acompanha a evolução da humanidade. Os pioneiros Metchnikoff e Nascher, em 1903 e 1909, respectivamente, estabeleceram os fundamentos da geriatria e da gerontologia, e acreditavam que estas ciências viriam a se transformar rapidamente em um produtivo campo de conquistas científicas. Elie Metchnikoff, sucessor de Pasteur, em 1903 defendeu a idéia da criação da gerontologia, e apesar do interesse para tratar das doenças dos idosos e da própria velhice, os conhecimentos a respeito da fisiologia do envelhecimento não sofreram avanços significativos.<sup>(27)</sup>

A especialidade passou a ser denominada geriatria a partir de 1909, por proposição de Ignatz L. Nascher que estimulou pesquisas sociais e biológicas sobre o envelhecimento e foi considerado o pai da geriatria, em 1912. O trabalho de Marjory Warren, na década de 30, ampliou as investigações da gerontologia, até então restrita aos aspectos biológicos do envelhecimento e da velhice, e seu mérito foi esboçar a avaliação multidimensional e a importância da interdisciplinaridade.<sup>(27)</sup>

O século XX marcou grandes avanços na ciência do envelhecimento. Papaleo Netto enfatizou o limite estabelecido entre senescência e senilidade, ou seja, entre o envelhecimento primário e secundário e os processos patológicos frequentes e comuns na idade mais avançada da vida, além disto, estabeleceu o envelhecimento saudável, ou bem sucedido e o envelhecimento comum. O efeito do envelhecimento primário ainda encontra-se fora de controle, porém podem-se evitar os efeitos do envelhecimento secundário, que resulta de doença, desuso e abuso do corpo.<sup>(28, 29)</sup>

Diferentes critérios têm igual dificuldade em demarcar o momento de entrada na velhice, como, por exemplo, o marco pode ser a aposentadoria, ou o aparecimento de sinais de dependência, um acidente... como se fosse uma ruptura com o processo vivido até então. De fato, critérios médicos e sociais divergem quanto à entrada na velhice. Para Maud Mannoni, quando a velhice se *apossa* de alguém, o faz de forma inesperada.<sup>(30, 31)</sup>

## Objetivos

Por fim, frente a estes fatos o objetivo desta pesquisa foi identificar as representações sociais de profissionais de saúde e dos idosos usuários de serviços de saúde acerca do envelhecer e como estas representações relacionam-se com a prática do cuidado ao cliente, para então, analisar e evidenciar os fatores facilitadores e dificultadores para a qualidade de vida na velhice.

## MÉTODOS

Foi uma pesquisa descritiva analítica, com o embasamento teórico-científico na Teoria da Representação Social, por entrevista semi-estruturada com palavras e expressões indutoras. Como abordagem metodológica o enfoque qualitativo foi o de análise de conteúdo e com análise quantitativa dos resultados, feita com o auxílio do *software* HAMLET<sup>®</sup> de análise de junção de palavras e escalonamento multidimensional.

A análise de conteúdo é uma forma de análise das comunicações, da produção do texto e de seu sentido, ou das variáveis inferidas.<sup>(32)</sup> A metodologia utilizada por Guimarães para o estudo de representações sociais sugere, além da análise freqüencial simples, a análise de co-ocorrência de categorias e palavras, ou a ocorrência simultânea de dois ou mais elementos (palavras-chave) na fala de um participante, a mesma indicada por Bardin e Moscovici.<sup>(15,,32,33)</sup>

## Sujeitos

Foram incluídos no estudo 10 participantes, profissionais de saúde e usuários, já idosos ou em processo de envelhecimento, dos serviços de atenção à saúde de idosos em Dourados – MS. Por profissional de saúde entende-se o indivíduo que trabalha em serviço de atenção à saúde ou em instituições de ensino, na área de formação destes profissionais. Consideramos em processo de envelhecimento a partir dos cinquenta anos, que passará a ser denominado pré-idoso (PI). Será considerado como idoso (I), acima de sessenta anos; sendo indiferente o sexo e o grau de escolaridade. Nenhum participante tinha comprometimento cognitivo.

SUJEITO	FAIXA ETÁRIA	OCUPAÇÃO	IDADE	ESCOLARIDADE	SEXO
P 1	Pré-idoso	Profes. IES Publ. Médico.	58	Esp. Homeop	M
P 2	Pré-idoso	Professora IES Publ. Enf.	50	Enf. Esp.	F
P 3	Pré-idoso	Médico PSF	57	Esp. Ginec.	M
P 4	Pré-idoso	Professora IES Priv./ Psic.	50	Psicóloga	F
P 5	Pré-idoso	Enfermeira/ UBS	53	Enf. Esp.	F
P 6	Pré-idoso	Médico PSF	57	Esp. PSF	M
U a	Idoso	Aposentado	99	Fundam.	M
U b	Idosa	Aposentada	73	Fundam.	F
U c	Idosa	Aposentada	61	Fundam.	F
U d	Idosa	Prof. Ens. Médio partic.	74	Superior	F

**Quadro 1** – Dados dos participantes

Legenda: P = Profissional; U= Usuário

## Procedimentos para a coleta de dados

Seguiu-se o procedimento técnico de iniciar a entrevista com perguntas mais gerais, dados sociográficos, passando-se para os conteúdos específicos. Foram realizadas a testagem e validação do instrumento em um estudo piloto, com a aplicação do instrumento em dois participantes, sendo um usuário e um prestador de serviços em saúde. Para validar o instrumento após o teste piloto foram consultados dois pesquisadores na área enfatizando as dificuldades encontradas durante o momento de testagem, para então, por fim, definir o roteiro de entrevista para a coleta definitiva dos dados.

## Procedimento de análise de dados

A leitura flutuante das entrevistas permitiu que categorias fossem definidas, como um procedimento de exploração, de descoberta e direcionamento do sentido do que foi produzido pelo grupo.<sup>(32)</sup>

O Programa de Análise de Conteúdo, HAMLET®, foi utilizado para auxiliar na contagem de palavras, na lista de categorias e na análise de co-ocorrência destas, definido como agrupamento ou *clusters*, o que permitiu a inferência de representação pela junção das categoriais, indicadas por índice de co-ocorrência ou *jaccard coefficient*.

Os itens da entrevistas, ou seja, as palavras, ou expressões indutoras, e as perguntas, foram agrupados em blocos temáticos (quadro 2) possibilitando a comparação entre representações que emergiram em perguntas com o mesmo sentido.

<b>Bloco Temático I</b>	<b>3</b>	Palavra indutora – Idoso
	<b>4</b>	Palavra indutora – Envelhecer
	<b>6</b>	O que significa envelhecer?
	<b>8</b>	Quais os aspectos que você considera que facilitam a condição de ser idoso na atualidade?
	<b>9</b>	E os que dificultam esta condição?
<b>Bloco Temático II</b>	<b>2</b>	Palavra indutora – Autocuidado
	<b>5</b>	Expressão indutora – Formação para o cuidado
	<b>7</b>	Teve algum preparo para cuidar de sua saúde? (Usuário) Teve algum preparo para cuidar da saúde do idoso? (Profissional)
<b>Bloco Temático III</b>	<b>1</b>	Expressão indutora – Qualidade de vida

Quadro 2 – Blocos de análise conforme proximidade semântica e objetivos estipulados para a pesquisa.

## RESULTADOS

### Bloco Temático I

No item 3 a categoria **Trabalho** emergiu junto a **Corpo** para os profissionais, com um índice de co-ocorrência equivalente a 1,0, sugerindo uma visão mais reducionista do idoso; enquanto que para os usuários, as categorias com coeficiente de co-ocorrência 1,0, foram: **Ambiente, Cuidar, Família e Religiosidade**, indicando a diversidade que os próprios idosos se autodefinem, com uma visão mais integral do idoso. As representações em relação ao idoso que apresentaram co-ocorrência entre os profissionais, **Corpo** e **Trabalho**, remetem à concepção mecanicista do corpo-máquina, intimamente ligado á produtividade. Estas representações corroboram o resultado da pesquisa de Veloz et al.<sup>(7)</sup>, que encontraram as representações de perda da identidade física na velhice como estado, e a perda da capacidade de trabalho.

No item 4 as categorias com maior índice de co-ocorrência a respeito do envelhecer para os profissionais, com índice de apenas 0,33 foram **Família** e **Psicológico Motivador**, percebendo-se que emerge ainda de forma tênue uma visão mais positiva do envelhecimento, entre os profissionais. Para os usuários as categorias **Relações Sociais** e **Trabalho** aparecem correlacionadas, com coeficiente equivalente a 1,0. Porém, encontramos nas respostas referências que não nos permitem inferir a importância

atribuída aos relacionamentos sociais estabelecidos no ambiente de trabalho, mas sim às pressões sociais a respeito da velhice e como a pessoa “trabalha”, lida com essa questão.

No item 6 o *cluster* mostrou a co-ocorrência das categorias **Família, Limitações, Motivações e Psicológico Limitante** para os profissionais, com um índice de 1,0, indicando uma concepção negativa da velhice. Para os usuários, o *cluster* teve as seguintes categorias: **Envelhecer, Psicológico Motivador, Relações Sociais, Trabalho e Saúde**, com um índice de 0,50, sugerindo que os idosos atribuem uma visão mais positiva de sua qualidade de vida a fatores diversos, o que confirma o trabalho do grupo *WHOQOL-OLD* <sup>(34)</sup>. Neste item nenhuma categoria coincidiu entre profissionais e usuários.

No item 8 quanto à co-ocorrência de categorias o *cluster* apresentou o mesmo resultado entre os dois grupos de participantes, destacando-se **Ambiente e Família**, com um índice de co-relação de 0,60. Porém, estas categorias ocorreram com mais frequência nos *corpus* dos profissionais.

No item 9 o *cluster* dos profissionais foi composto pelas categorias **Psicológico Motivador** e **Corpo**, com coeficiente de correlação 1,0, indicando que o profissional refere como dificultador ou limitante a ausência de fatores que poderiam facilitar a vida dos idosos. A representação do envelhecimento que surgiu parece ser a de perda de vitalidade e/ou financeira. O *cluster* dos usuários apresentou as seguintes categorias: **Envelhecer, Psicológico Motivador, Saúde e Família**; assim, inferiu-se que as categorias correlacionadas representam o desejo do idoso, ou seja, alguns aspectos que considera como ideal para um envelhecimento saudável, ou satisfatório.

## Bloco Temático II

No item 2, na análise do *cluster*, apareceram dados divergentes entre os participantes: **Envelhecer, Ambiente e Saúde** aparecem correlacionadas neste item para os profissionais, enquanto para os usuários **Saúde** é substituída por **Religiosidade**, em co-ocorrência com **Ambiente e Envelhecer**, sendo a representação da religiosidade mesclada à noção de saúde. Quando investigou-se a noção de autocuidado, as respostas dos usuários sugerem que a tarefa de zelar por uma vida longa e saudável fica atribuída a Deus, ainda mantendo as antigas concepções místicas sobre saúde, na atualidade.

No item 5, aplicado apenas nos profissionais, o *cluster* apresentou as categorias **Corpo e Aposentadoria**, com índice 1,0, sugerindo que quando se refere às condições mais ideais de envelhecimento, o profissional destaca aspectos que abrangem a saúde integral, compreendendo a questão da qualidade de vida.

No item 7 os *clusters* nos mostraram a co-ocorrência das categorias **Afecções e Trabalho**; e **Família, Religiosidade e Ambiente**, para os profissionais, com um coeficiente de correlação de 0,50. O primeiro *cluster* caracterizou o trabalho dos profissionais de saúde mais relacionado à representação de doença. A categoria **Educação** não apresentou co-ocorrência com nenhuma outra, em relação ao preparo para o cuidado em saúde do idoso. O *cluster* nas respostas dos usuários teve um índice de 1,0 com: **Envelhecer, Educação, Relações Sociais e Ambiente**, sugerindo que além das dificuldades de acesso ao atendimento especializado, sobrevém também o temor aos tratamentos, efeitos colaterais, etc. **Corpo e Psicológico Motivador** são categorias que também compõem um agrupamento dos usuários com o coeficiente 1,0, indicando a interação da psicossomática relacionada aos cuidados com a saúde, no idoso.

## Bloco Temático III

No item 1 o *cluster* é composto pelas categorias **Envelhecer, Corpo e Saúde** para os usuários e o seu coeficiente de correlação é 1,0. O agrupamento das falas dos profissionais ocorreu entre as categorias **Afecções, Cuidar e Relações Sociais**, o que observamos ser uma relação atribuída ao **Cuidar**, como prevenção às doenças; e os contatos sociais como facilitadores para aquisição de conhecimento auxiliar na promoção de qualidade de vida, que aparece novamente como resultante do estilo de vida, conforme levantado por Veloz et al.<sup>(7)</sup>

## DISCUSSÃO

Na análise dos dados levantados, os profissionais atribuíram muito mais importância ao apoio familiar do que os próprios idosos. Emerge no discurso dos profissionais, consoante a pesquisas recentes, a preocupação com a perda do vigor físico e da capacidade de trabalho, transparecendo uma representação organicista do envelhecimento ou ainda, mecanicista, ligada ao mito da improdutividade, como se todo velho fosse necessariamente improdutivo.

As categorias que mais se correlacionam nas falas dos profissionais (**Família, Saúde, Psicológico Limitante, Psicológico Motivador e Limitações**) apontaram para uma representação de bem-estar relacionada à dependência da família e do ambiente, apontando para a concepção negativa de velhice com dependência e exclusão.

Para os idosos foi diferente, mostraram até certo alívio, por já não terem a sobrecarga de responsabilidade sobre a criação e educação dos filhos, podendo desfrutar de uma liberdade conquistada. Em nenhum momento surgiram as categorias **Limitações e Psicológico Limitante**, sugerindo que as possíveis limitações impostas pelo envelhecimento já se encontrariam internalizadas, provavelmente aceitas. De uma forma geral, os idosos mostraram uma concepção abrangente e positiva do envelhecimento. As categorias correlacionadas (**Envelhecer, Saúde, Trabalho, Religiosidade, Relações Sociais e Psicológico Motivador**) foram mais diversificadas, com uma visão mais ampla e otimista do próprio envelhecimento.

A categoria **Saúde** foi a mais freqüente na fala dos idosos como facilitadora das condições de vida, conforme constatado em pesquisas recentes<sup>(36)</sup>. Os participantes referem conquistas de normas e alguns privilégios concedidos legalmente aos idosos (aposentadoria, filas, etc.), embora as condições ainda estejam longe de ser ideais. O grupo de categorias com maior índice de co-ocorrência, entre os usuários, indicaram a questão da independência e da oportunidade de cuidar melhor de si mesmo, investindo na continuidade de seu desenvolvimento, compatível com a teoria de Erikson de que a continuidade do desenvolvimento parece prosseguir ao longo do ciclo vital, quando se realizam ações adaptativas e integram-se capacidades.

Já a categoria **Relações Sociais** foi a mais freqüente como dificultador das condições de vida dos idosos, entre os profissionais, sugerindo uma concepção de velhice associada a isolamento e marginalização. Para os idosos a principal manifestação foi em relação ao desejo de valorização, e importância do apoio e tratamento afetivo por parte da família.

A concepção de autocuidado pareceu representar um cuidado mais integral em saúde, porém falha no sentido de um papel ativo e educação para o cuidado de si mesmo, denotando a ausência de uma visão de construção de saúde, ou responsabilidade sobre o próprio bem-estar. Especificamente nos usuários, a concepção mística de saúde prevalece.

Quanto à formação e preparo para o cuidado, por parte dos profissionais, emergiu com freqüência a ausência de preparo acadêmico, e a experiência adquirida no tratamento de doenças, apontando para a representação de velhice e também a concepção de saúde

associadas à doença, corroborando o resultado de outras pesquisas. <sup>(15,36)</sup> Enquanto o conhecimento reificado enfatiza a promoção de saúde e a prevenção, a prática do profissional ainda é mais focalizada nas ações curativas.

A concepção de qualidade de vida entre os profissionais indica uma representação que emerge entre as categorias **Cuidar** e **Afecções**, ou seja, o cuidar como prevenir doenças. A qualidade de vida para os idosos apresenta um conjunto de representações mais positivas, indicando novamente uma visão otimista, com a associação às categorias **Saúde**, **Psicológico Motivador** e **Religiosidade**.

Diante destas representações sobre velhice, cuidado e qualidade de vida, podemos inferir que a falta de qualificação especializada para o cuidado desta população interfere nas práticas de cuidar em saúde. A divergência representacional entre as concepções dos profissionais e dos idosos aponta para uma defasagem na assimilação das mudanças que vêm ocorrendo na realidade do envelhecimento. Reafirmamos, por isto, a relevância de que os resultados encontrados contribuam para que o conhecimento adquirido acompanhe a evolução da sociedade; como auxiliar no direcionamento de políticas de educação e saúde, integrando os universos consensual e reificado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Erikson E. *Childhood and society*. New York: Norton; 1969.
- (2) Freud S. *Obras Completas. quarta edicion*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1981.
- (3) Neri AL, org. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papirus; 1993.
- (4) Neri AL, org. *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas, SP: Papirus; 2001.
- (5) Guareschi PA, Jovchelovitch S, orgs. *Textos em representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.
- (6) Moscovici S. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- (7) Veloz MCT. *Representações sociais do envelhecimento*. [capturado 25 ago 2003]. Disponível em URL: <http://www.scielo.com.br>.
- (8) Sá CP. *Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria*. In: Spink MJP, org. *O conhecimento cotidiano: as representações sociais na perspectiva social*. São Paulo: Brasiliense; 1995.
- (9) Roazzi A, Federicci FCB, Carvalho, MR. *A questão do consenso nas representações sociais: Um estudo do medo entre adultos*. *Psicologia: Teoria e pesquisa* 2002; 18(2): 179-192.
- (10) Trindade ZA. *As representações sociais e o cotidiano: a questão da maternidade e da paternidade*. *Psicologia: Teoria e pesquisa* 1993; 9(3): 535-546.
- (11) Almeida OP. *A pesquisa em representação social: fundamentos teórico-metodológicos*. *Ser Social* 2001; 9: 129-158.
- (12) Spink MJP. *Psicologia social e saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
- (13) Moura MLS. *Práticas sócio-culturais, construção compartilhada de conhecimento e representações sócias*. In: Trindade ZA, Caminho C, orgs. *Cognição Social e Juízo Moral, Série Coletâneas da ANPEPP* 1996; 1(6): 25-44.
- (14) Organização mundial de saúde – OMS. *Relatório Mundial de Saúde – The world health report 2001 – Mental health: New understanding, new hope*. [capturado 04 abr. 2004]. Disponível em URL: <http://www.who.int/whr/>.
- (15) Guimaraes I. *Quando esquecer é o problema: Representações sociais sobre saúde mental no envelhecimento e os desafios impostos pela demência*. Brasília, 2005. Mestrado [Dissertação em Ciências da Saúde] – Universidade de Brasília.
- (16) Coelho MTD, A Filho N. *Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de inferência científica*. *História, ciências, saúde – Manguinhos* 2002; 9(2): 315-333.
- (17) Angerami VA, org. *Psicologia da saúde – um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira; 2000.

- (18) Rey, F. *Personalidad, Salud y Modo de Vida*. Havana: Unam Iztacala. In: Rey F, Martínez AM. *La Personalidad: su educación y desarrollo*. Havana: Editorial Pueblo y Educación; 1993.
- (19) Werner J. *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: Gryphus; 2000.
- (20) Polonia A, Alves ED. *Ações educativas em saúde: Repensando Paradigmas*. In: *Adolescentes: pensando juntos- manual do facilitador* – Secretaria de Saúde: Brasília; 2003.
- (21) Restepo HR, Málaga H, org. *Promoción de la salud: Como construir vida saludable*. Colômbia/Bogotá: Medica Interacional; 2001.
- (22) Dupas G, et al. Reflexão e síntese acerca do modelo auto cuidado de Orem. *Acta Paul. Enf.* 1997 jan./mar; 7(1):19-26,. 1997.
- (23) Michelone APC. *Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia*. São Paulo; 2002. Mestrado [Dissertação em Enfermagem] - Universidade de São Paulo.
- (24) Fleck MPA. O Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (Whoqol-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5:33-8.
- (25) Souza L, Galante H, Figueiredo D. *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37(3):364-71
- (26) Pitta A. *Hospital, dor e morte como ofício*. Série SaudeLoucura, São Paulo: HUCITEC; 1991.
- (27) Papaleo Neto M. et al. *O estudo da velhice no século XX, história, definição do campo e teorias básicas*. In: Freitas AL, org. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- (28) Rosa M. *Psicologia evolutiva. Psicologia da idade adulta*. Petrópolis: Vozes; 1987.
- (29) Papalia D, Olds SW. *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
- (30) Messy J. *A Pessoa idosa não existe – uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: ALEPH; 1999.
- (31) Mannoni M. *Lé nommé et l'innominable*. Paris: Denoel; 1991.
- (32) Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70; 1977.
- (33) Moscovici S. *L'ere des representations sociales*. In: Doise W, Palmonari A. *L'estudes des representations sociales*. Neuchatel-Paris: Delachaux et Niestlé; 1986.
- (34) Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. *Projeto Whoqol-old: método e resultados de grupos focais no Brasil*. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37(6).
- (35) Teixeira MCTV, Schulze CMN, Camargo BV. *Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde*. *Rev Estudos de Psicologia* 2002; 7(2).
- (36) Santos GA. *Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice*. *Revista Texto & Contexto* 2003; I(1).

**ANEXO B – Carta do Comitê de Ética**

## ANEXO C – Index

### AFECÇÕES:

adoecer  
adoecimento  
alergia  
colostomia  
câncer  
demencia  
demência  
diabetico  
diabético

doença  
doencas  
doente  
doença  
doenças  
dor  
febre  
gripe  
hipertensao

hipertenso  
hipertensos  
hipertensão  
hospital  
infeccao  
infecção  
infecção  
remédio

### AMBIENTE:

ambiente  
ambientes  
animais  
canais  
casa

filme  
filmes  
floresta  
fundo  
fundos

mata  
mundo  
quintal  
rua  
verde

### APOSENTADORIA:

aposentada  
aposentado  
aposentadoria  
aposentamos

aposentando  
aposentar  
aposentaram  
aposentarei

aposentou  
inss  
previdência  
provento

### CORPO:

aparencia  
aparência  
boca  
braço  
braços  
cabelo  
cabelos/cabeça  
coluna  
coracao  
coração  
coração  
corpo

corpo  
costas  
dentadura  
dente  
dentes  
fisiológico  
intestino  
mao  
maos  
mão  
mãos  
olho

olhos  
organismo  
organismos  
ouvido  
ouvidos  
pe  
perna  
pernas  
pes  
pé  
pés

**CUIDAR:**

autocuidado  
 conta  
 cuidada  
 cuidado  
 cuidados  
 cuidamos  
 cuidando

cuidar  
 cuidava  
 cuidei  
 exame  
 prencao  
 prevenção  
 prevenida

previnido  
 prevenindo  
 prevenir  
 prevenção  
 prevenção

**EDUCAÇÃO:**

academica  
 acadêmicas  
 educação  
 formacao

formacao  
 formação  
 livro  
 livros

periodicos  
 periódicos

**ENVELHECER:**

envelhece  
 envelhecem  
 idade  
 idades

idosa  
 idosas  
 idoso  
 idosos

senilidade  
 velhice

**FAMÍLIA:**

casal  
 casamento  
 esposa  
 esposo  
 filha  
 filhas  
 filho  
 filhos

irma  
 irmas  
 irmã  
 irmãos  
 irmãs  
 mae  
 marido  
 mulher

mãe  
 neta  
 netas  
 neto  
 netos  
 pai

**LIMITAÇÕES:**

adoecer  
 adoeci  
 adoecimento  
 limitacao

limitacoes  
 limitação  
 limitação  
 limitação

limitações  
 perde  
 perder

**MOTIVAÇÕES:**

motiva  
 motivacoes  
 motivações

motivada  
 motivado  
 motivações

motivação  
 motivações

**PSICOLÓGICO LIMITANTE:**

ansidade  
 ansiosa  
 ansioso

depressao  
 depressão  
 deprimida

deprimido  
 deprimidos  
 isolamento

**PSICOLÓGICO MOTIVADOR:**

alegre	emocional	paciência
alegria	engracadinhas	prazer
alegria	engraçadinhas	prazerosa
amor	felicidade	prazeroso
amorosa	feliz	psicologica
amoroso	gosotoso	psicologicas
animada	humor	psicologico
animado	humorada	psicológica
consciência	humorado	psicológicas
contente	maturidade	psicológico
criatividade	mental	psicológicos
criativo	mentalmente	
emcionado	mente	

**RELAÇÕES SOCIAIS:**

amiga	convivências	namorar
amigas	convivências	namoro
amigo	convívio	renda
amigos	d	social
amizade	igreja	sociedade
clube	namora	sociedade
convivencias	namoram	
convivio	namorando	

**RELIGÃO:**

benção	esperança	gracas
benção	esperançoso	graça
deus	fê	graças
espe	graca	paz

**SAÚDE:**

alimentação	dormir	médico
almocei	durmo	natacao
almoço	esporte	natação
assistir	exercicio	preventiva
assisto	exercicios	preventivo
caminhada	exercício	psicologa
caminhar	exercícios	psicologo
caminhei	ginastica	psicóloga
caminhei	ginástica	psicólogo
caminho	jantei	saude
comer	janto	saudável
correr	lazer	saúde
corri	leio	sono
corro	ler	tratamento
diversao	lia	tratamento
diversão	medicina	veja
dorme	médica	
dormia	médica	

**TRABALHO:**

emprego  
empresa  
industria  
indústria  
labuta

ocupava  
ocupação  
trabalha  
trabalhar  
trabalharei

trabalhava  
trabalhei  
trabalho

## ANEXO D – Quadros - Clusters

### PROFISSIONAIS

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Afecções, Cuidar e Relações Sociais	<b>0,33</b>
<b>2</b>	Saúde e Psicológico Motivador	<b>0,15</b>
<b>3</b>	Outras Categorias	<b>0,0</b>

**Quadro 1** - Expressão Indutora 1 - Qualidade de vida

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Ambiente, Envelhecer e Saúde	<b>0,5</b>
<b>2</b>	Educação, Cuidar e Afecções	<b>0,25</b>
<b>3</b>	Outras Categorias	<b>0,0</b>

**Quadro 2** - Expressão Indutora 2 - Autocuidado

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Corpo e Trabalho	<b>1,0</b>
<b>2</b>	Educação e Psicológico Motivador	<b>1,0</b>
<b>3</b>	Envelhecer	<b>0,2</b>
<b>4</b>	Outras Categorias	<b>0,0</b>

**Quadro 3** - Expressão Indutora 3 - Idoso

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Envelhecer, Psicológico Motivador e Família	<b>0,33</b>
<b>2</b>	Corpo e Afecções	<b>0,11</b>
<b>3</b>	Outras Categorias	<b>0,0</b>

**Quadro 4** - Expressão Indutora 4 – Envelhecer

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Família, Limitações, Motivações e Psicológico Limitante	<b>1,0</b>
<b>2</b>	Corpo, Afecções e Saúde	<b>0,5</b>
<b>3</b>	Envelhecer e Psicológico Motivador	<b>0,18</b>
<b>4</b>	Outras Categorias	<b>0,0</b>

**Quadro 5** - Pergunta 1 – O que significa envelhecer?

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Afecções e Trabalho	<b>0,5</b>
<b>2</b>	Família, Religiosidade e Ambiente	<b>0,5</b>
<b>3</b>	Educação, Envelhecer e Relações Sociais	<b>0,33</b>
<b>4</b>	Corpo e Cuidar	<b>0,25</b>
<b>5</b>	Outras Categorias	<b>0,0</b>

**Quadro 6** - Pergunta 2 – Teve preparo?

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Ambiente e Família	<b>0,60</b>
<b>2</b>	Saúde, Envelhecer e Aposentadoria	<b>0,33</b>
<b>3</b>	Psicológico Motivador, Relações Sociais e Trabalho	<b>0,25</b>
<b>4</b>	Outras Categorias	<b>0,0</b>

**Quadro 7** - Facilitam o envelhecimento?

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Psicológico Motivador e Corpo	<b>1,0</b>
<b>2</b>	Trabalho e Cuidar	<b>0,5</b>
<b>3</b>	Saúde e Envelhecer	<b>0,36</b>
<b>4</b>	Ambiente e Família	<b>0,33</b>
<b>5</b>	Psicológico Limitante, Educação e Relações Sociais	<b>0,29</b>
<b>6</b>	Aposentadoria	<b>0,13</b>
<b>7</b>	Outras Categorias	<b>0,0</b>

**Quadro 8** - Dificultam?

## USUÁRIOS

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Ambiente e Família	<b>1,0</b>
<b>2</b>	Envelhecer, Corpo e Saúde	<b>1,0</b>
<b>3</b>	Psicológico Motivador e Religiosidade	<b>0,5</b>
<b>4</b>	Outras Categorias	<b>0,0</b>

**Quadro 9** - Expressão Indutora 1 - Qualidade de vida

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Ambiente, Envelhecer e Religiosidade	<b>0,5</b>
<b>2</b>	Cuidar e Saúde	<b>0,2</b>

**Quadro 10** - Expressão Indutora 2 - Autocuidado

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Ambiente , Cuidar, Família, Religiosidade e Trabalho	<b>1,0</b>
<b>2</b>	Saúde, Psicológico Motivador e Envelhecer	<b>0,5</b>

**Quadro 11** - Expressão Indutora 3 - Idoso

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Relações Sociais e Trabalho	<b>1,0</b>
<b>2</b>	Ambiente, Envelhecer, Psicológico Motivador e Saúde	<b>0,4</b>

**Quadro 12** - Expressão Indutora 4 - Envelhecer

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Envelhecer, Psicológico Motivador, Relações Sociais, Trabalho e Saúde	<b>0,5</b>
<b>2</b>	Afecções	<b>0,0</b>
<b>3</b>	Ambiente	<b>0,0</b>
<b>4</b>	Aposentadoria	<b>0,0</b>
<b>5</b>	Outras Categorias	<b>0,0</b>

**Quadro 13** - Pergunta 1 – O q significa envelhecer?

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Educação, Envelhecer, Relações Sociais e Ambiente	<b>1,0</b>
<b>2</b>	Corpo e Psicológico Motivador	<b>1,0</b>
<b>3</b>	Saúde e Afecções	<b>0,5</b>
<b>4</b>	Outras Categorias	<b>0,0</b>

**Quadro 14** - Pergunta 2 – Teve preparo?

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO- OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Família e Ambiente	<b>1,0</b>
<b>2</b>	Aposentadoria e Trabalho	<b>0,67</b>
<b>3</b>	Religiosidade e Envelhecer	<b>0,5</b>
<b>4</b>	Corpo, Saúde e Afecções	<b>0,2</b>
<b>5</b>	Outras Categorias	<b>0,0</b>

**Quadro 15** - Pergunta 3 – Facilitam o envelhecimento?

<b>CLUSTER (AGRUPAMENTO)</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ÍNDICE DE CO-OCORRÊNCIA</b>
<b>1</b>	Envelhecer, Psicológico Motivador, Saúde e Família	<b>0,5</b>
<b>2</b>	Ambiente, Trabalho e Religiosidade	<b>0,25</b>
<b>3</b>	Outras Categorias	<b>0,0</b>

**Quadro 16** - Pergunta 4 – Dificultam?

## ANEXO E – Dendogramas

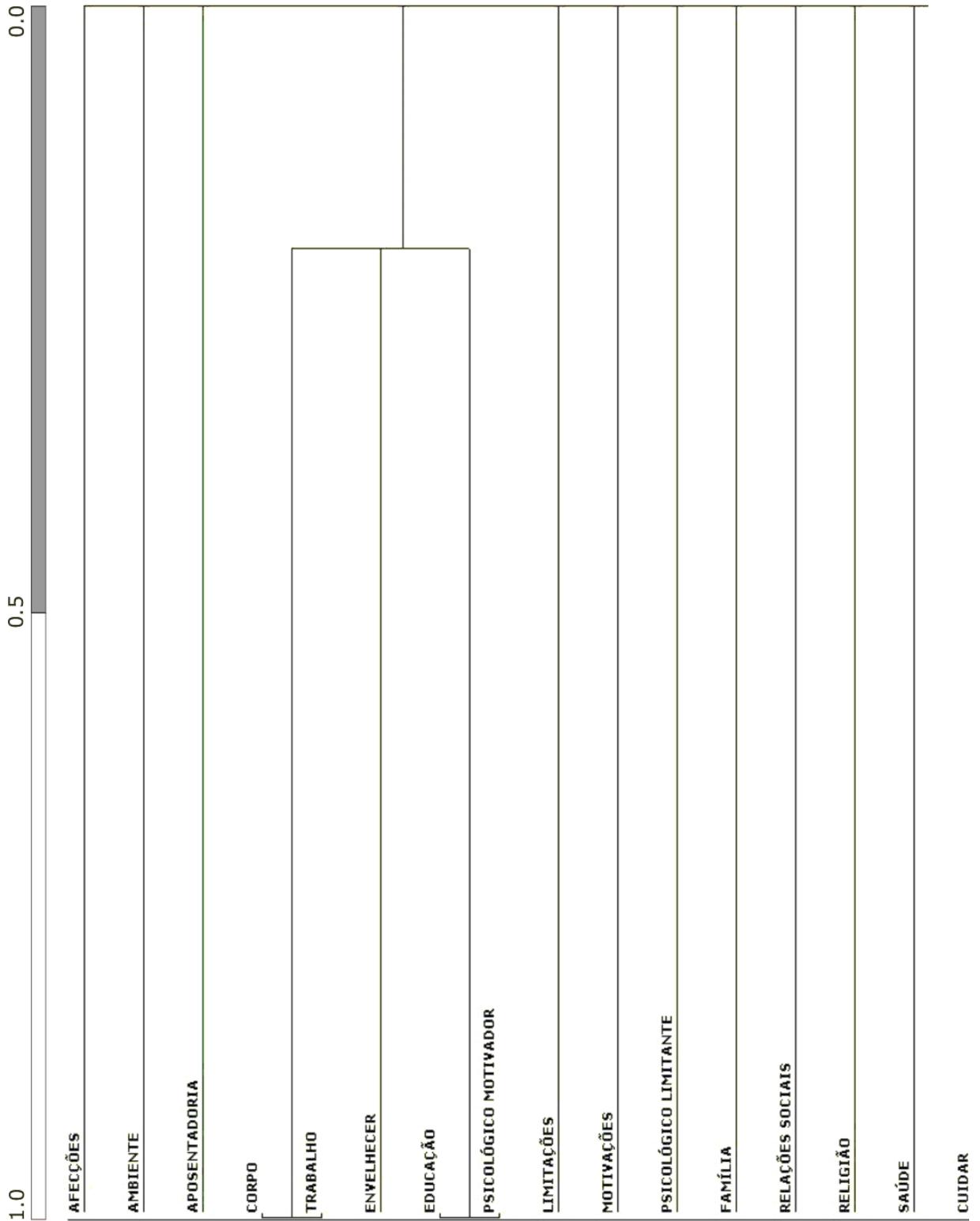


Figura 1 - Gráfico do Dendograma das junções das categorias do item 3 dos profissionais indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

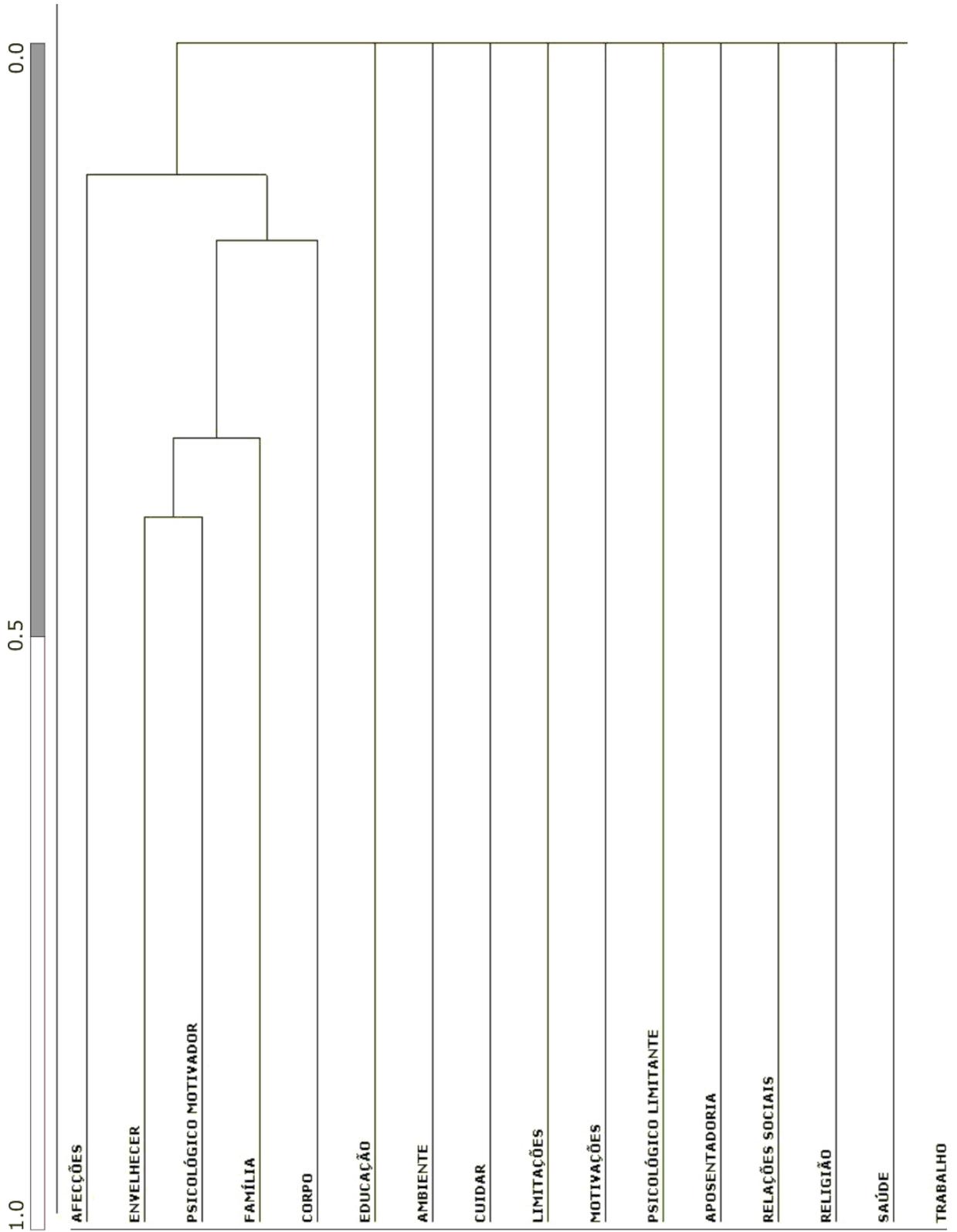


Figura 2 - Gráfico do Dendrograma das junções das categorias do item 4 dos profissionais indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

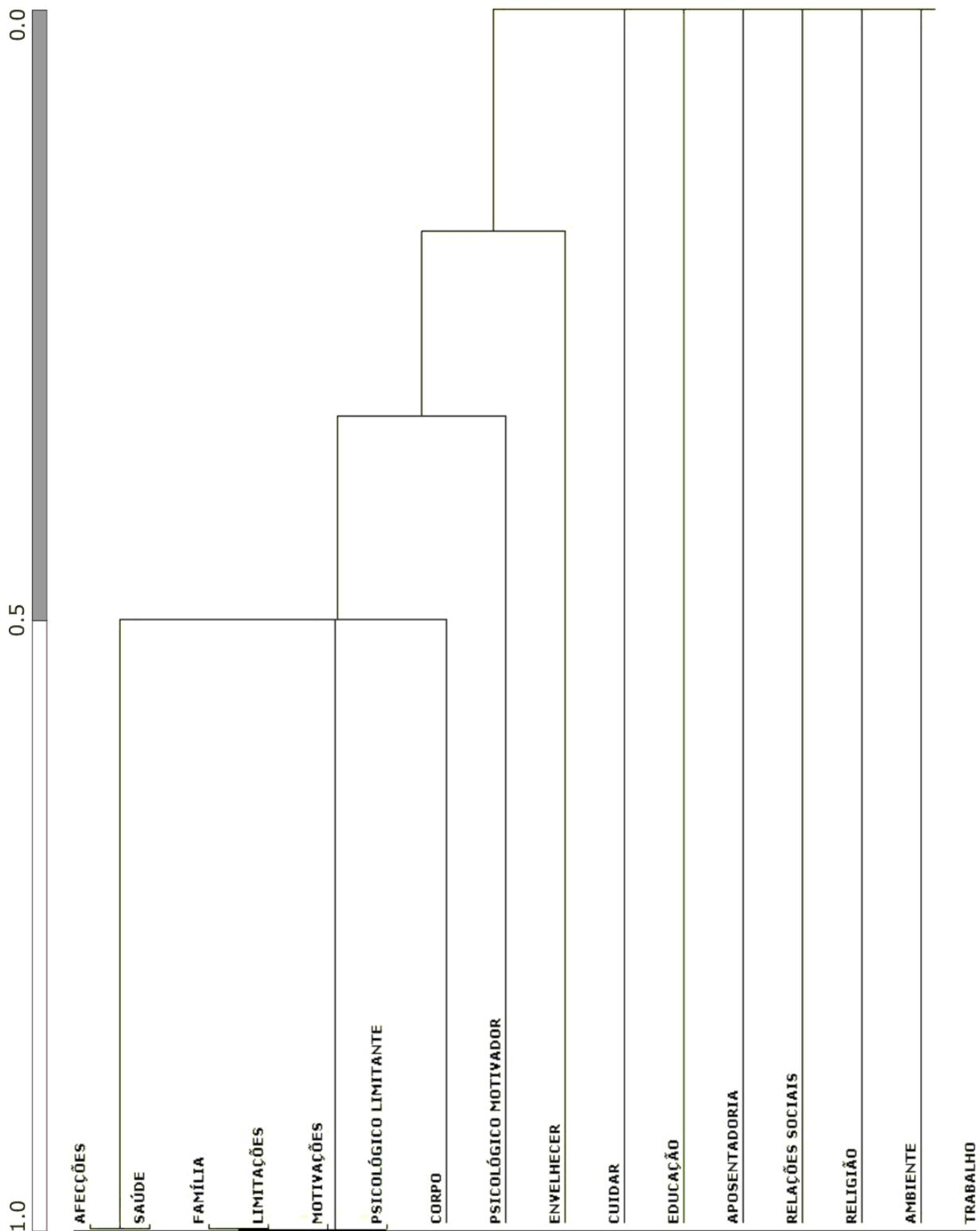


Figura 3 - Gráfico do Dendrograma das junções das categorias do item 6 dos profissionais indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

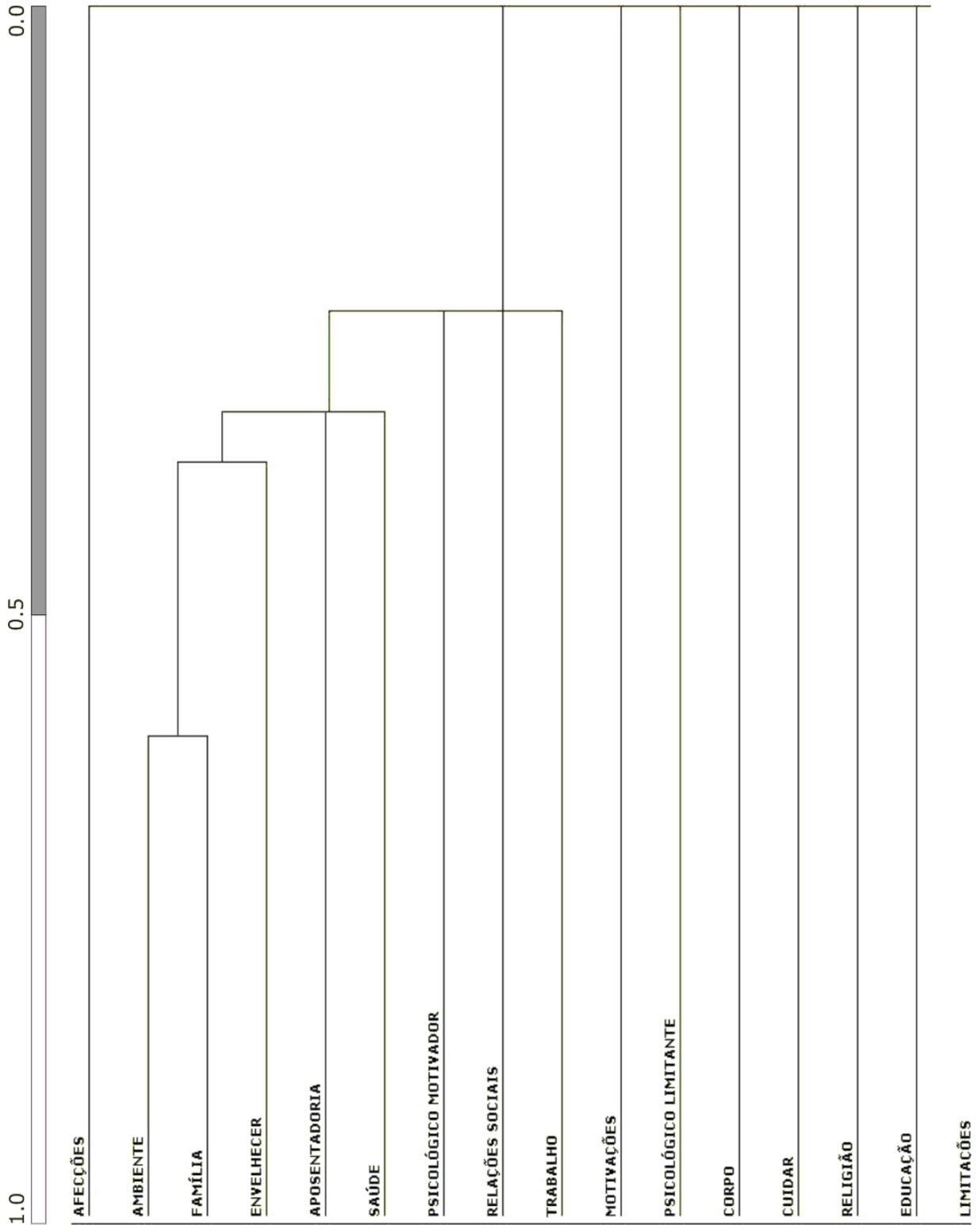


Figura 4 - Gráfico do Dendrograma das junções das categorias do item 8 dos profissionais indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

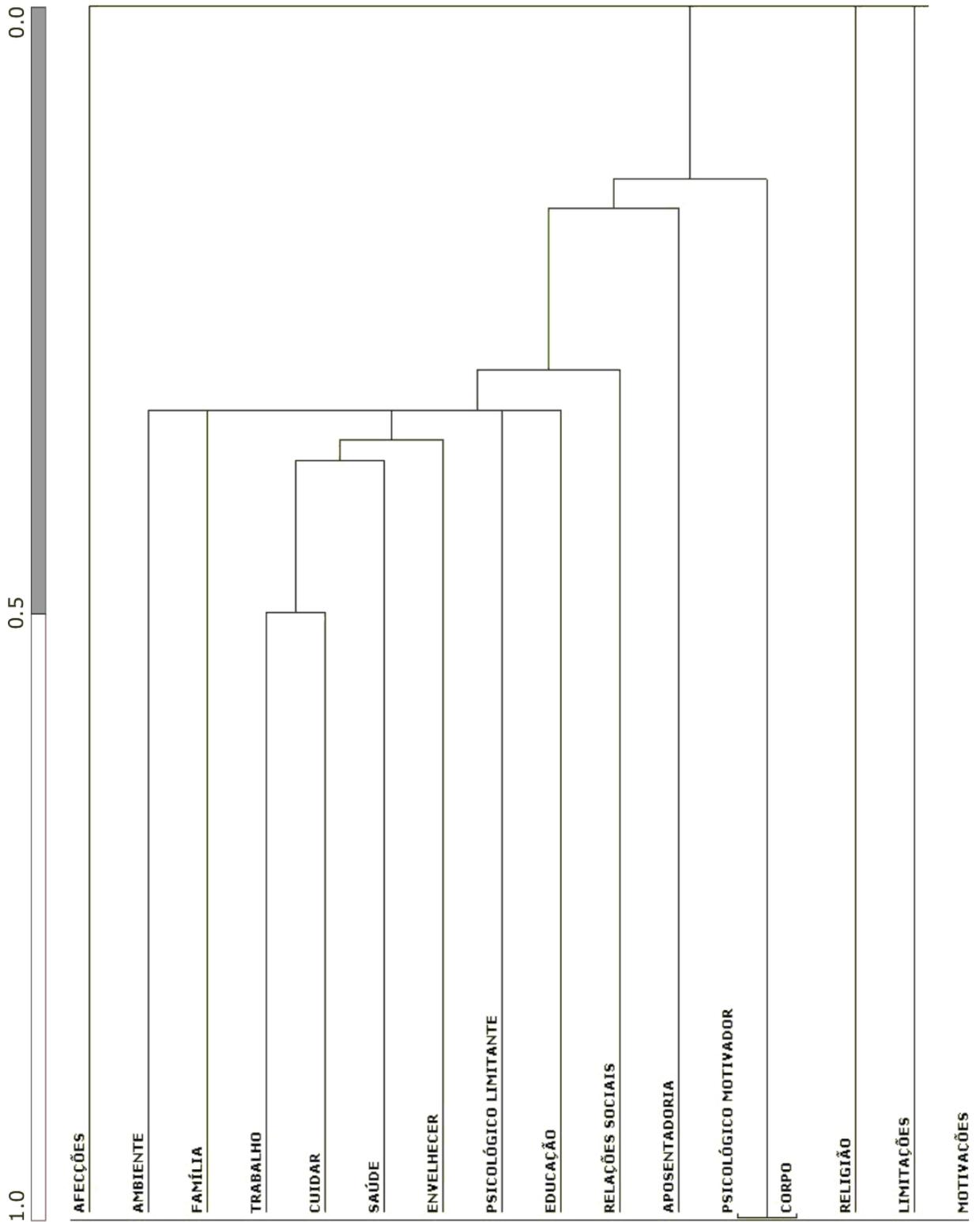


Figura 5 - Gráfico do Dendograma das junções das categorias do item 9 dos profissionais indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

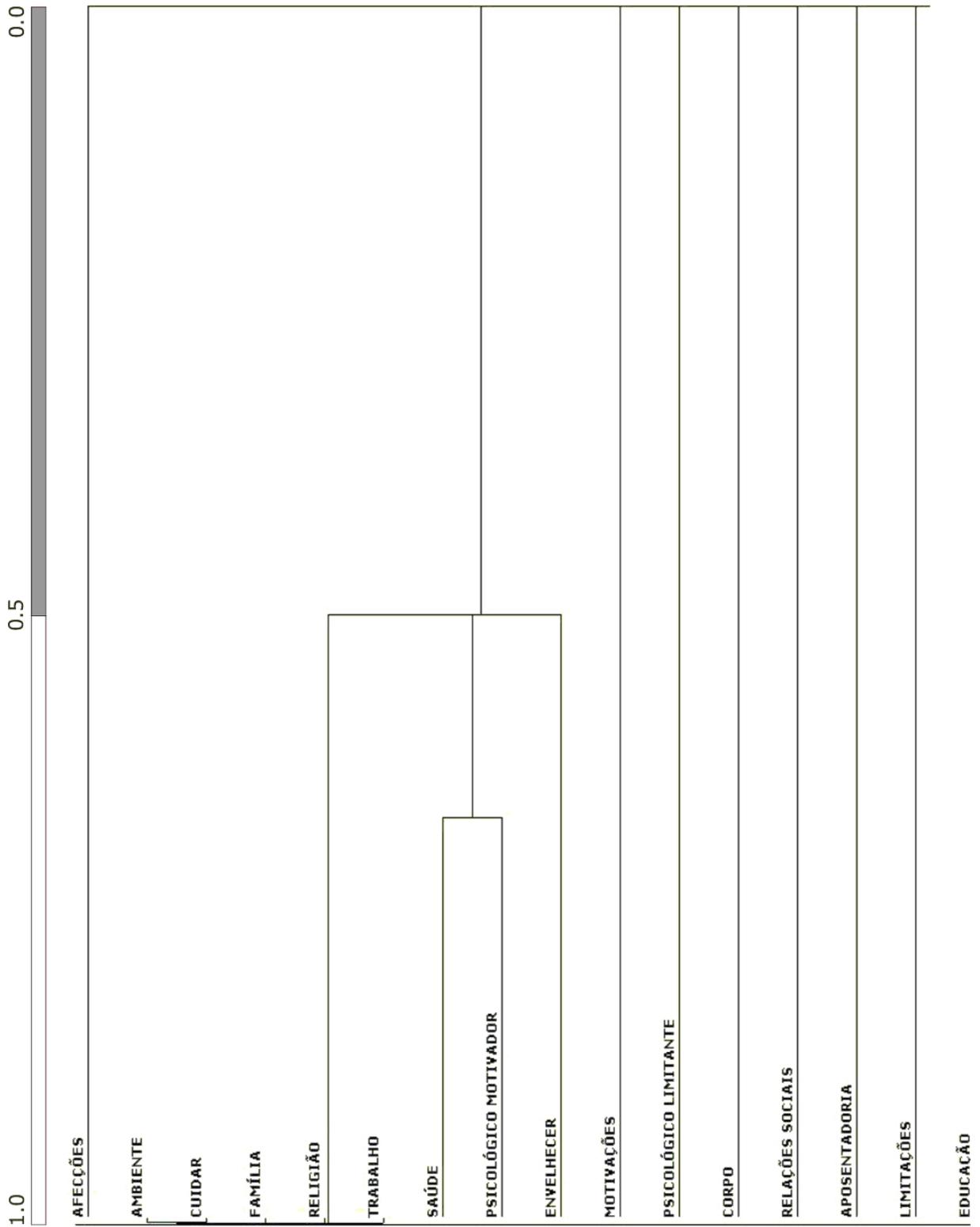


Figura 6 - Gráfico do Dendrograma das junções das categorias do item 3 dos usuários indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

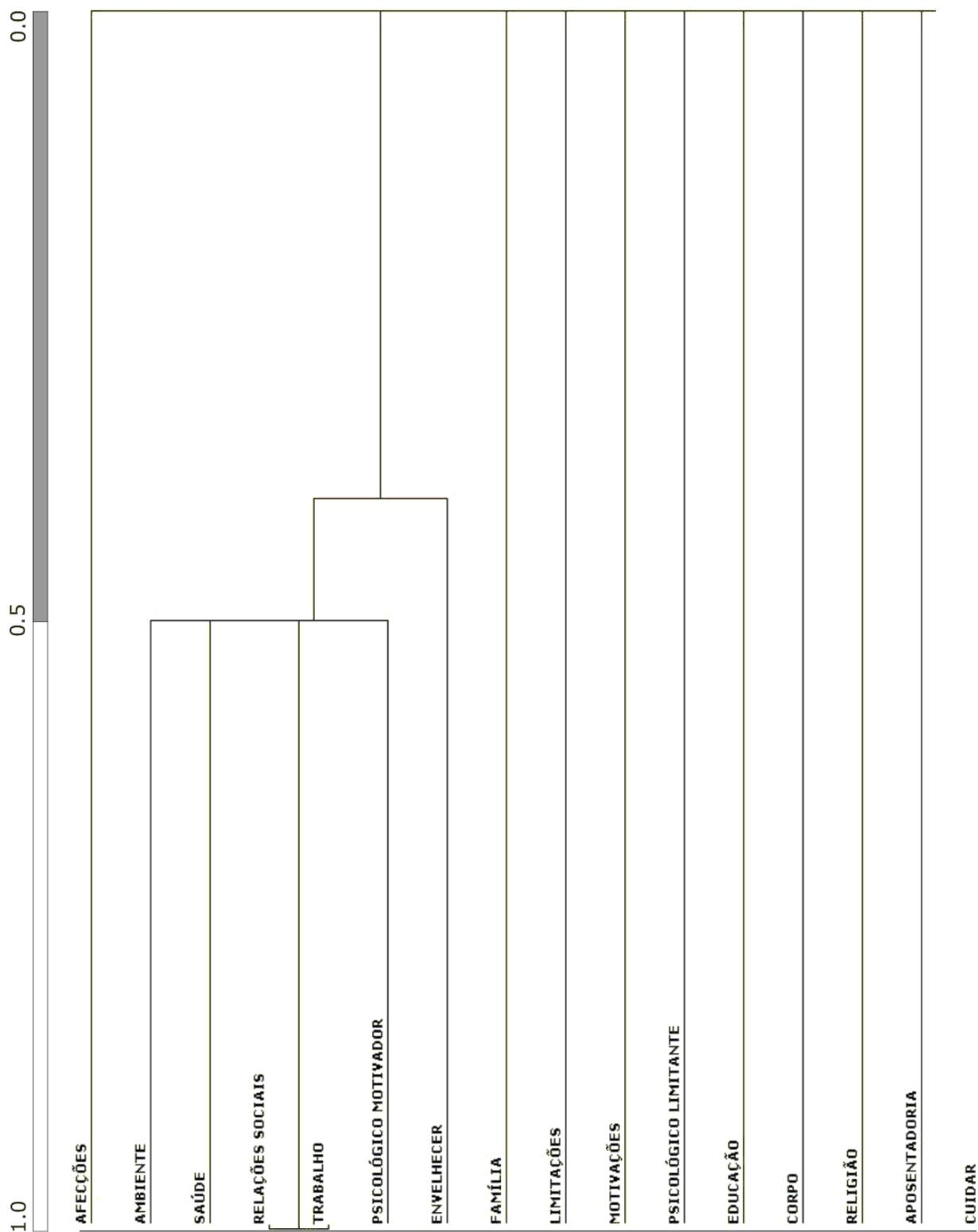


Figura 7 - Gráfico do Dendrograma das junções das categorias do item 4 dos usuários indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

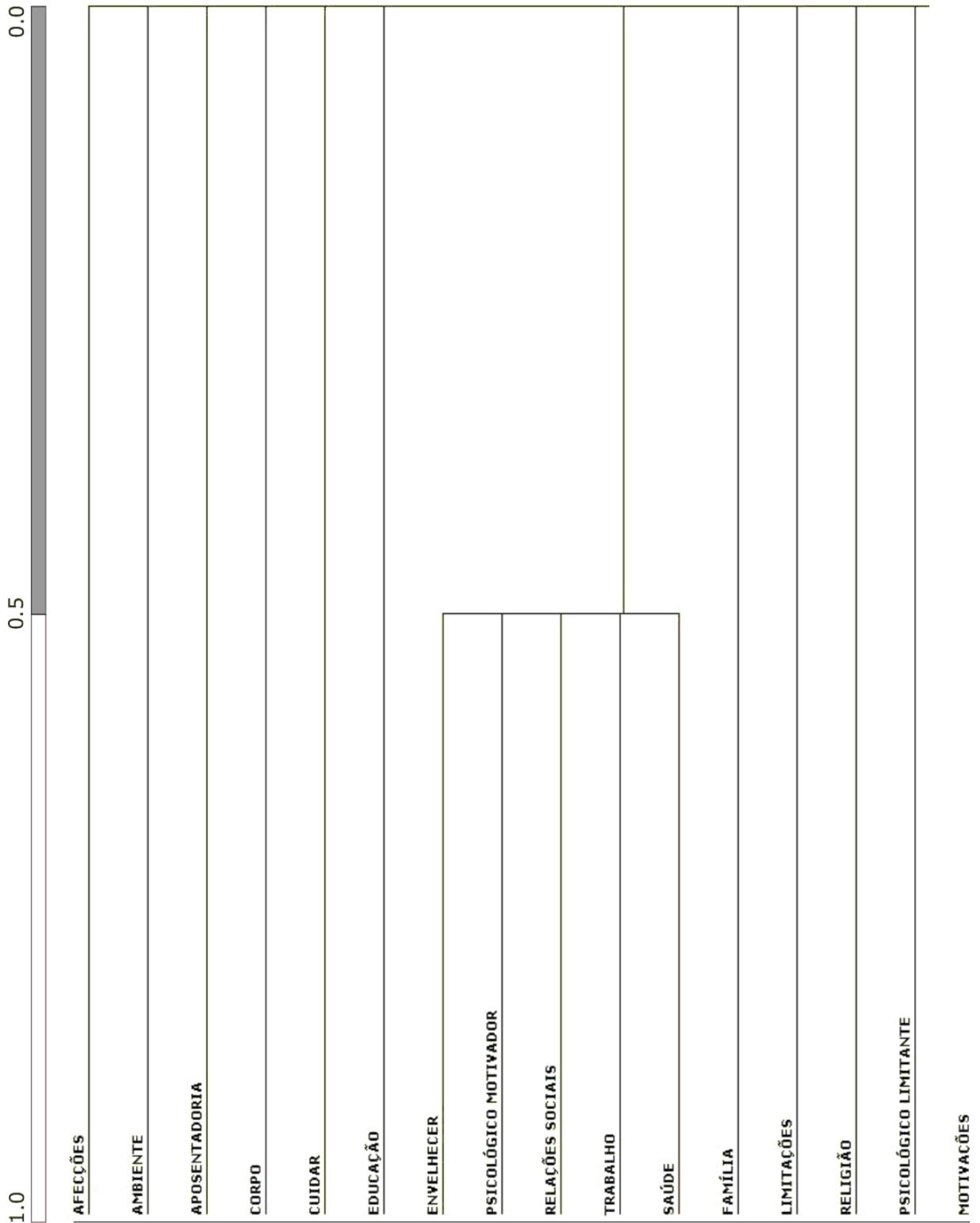


Figura 8 - Gráfico do Dendograma das junções das categorias do item 6 dos usuários indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

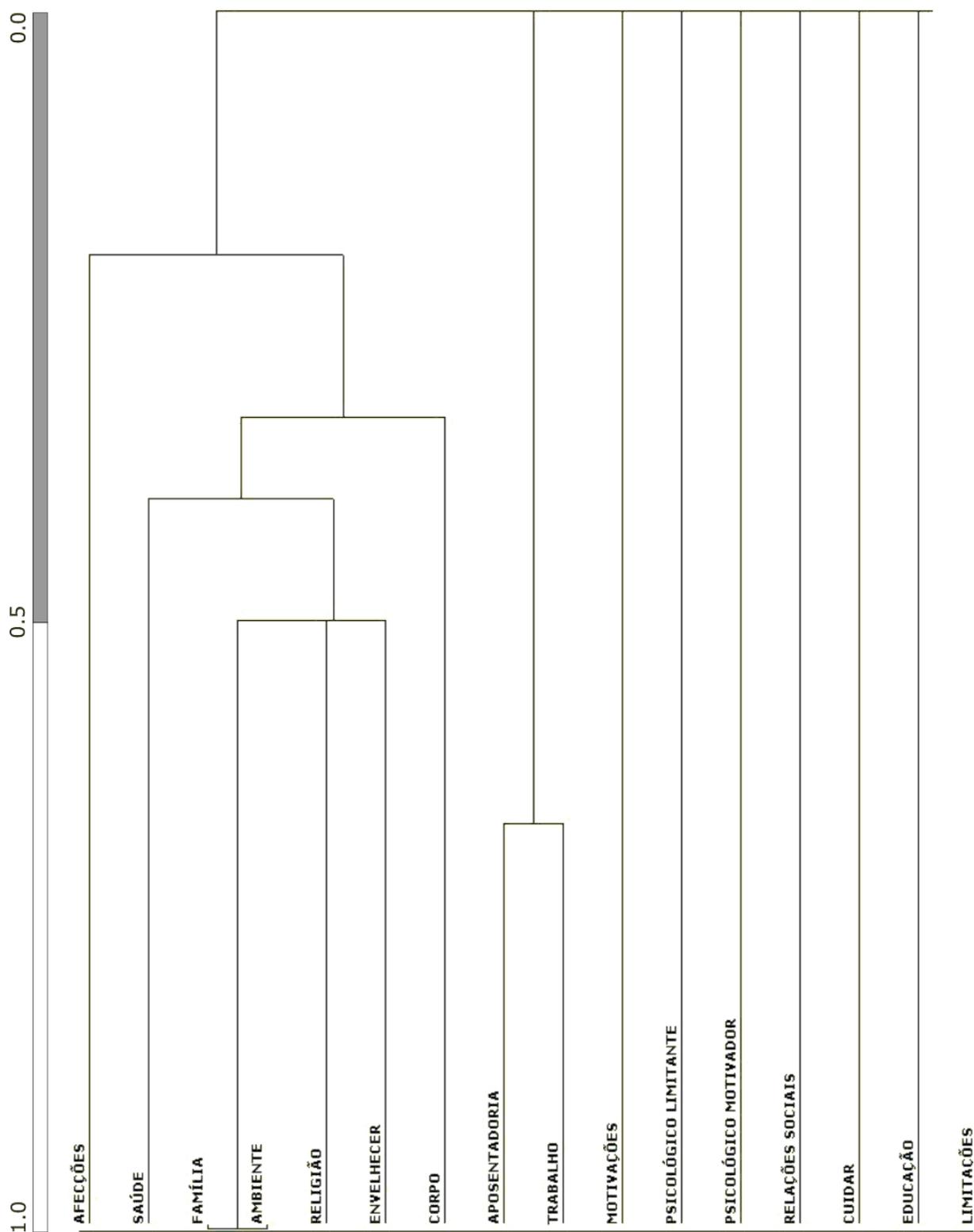


Figura 9 - Gráfico do Dendrograma das junções das categorias do item 8 dos usuários indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

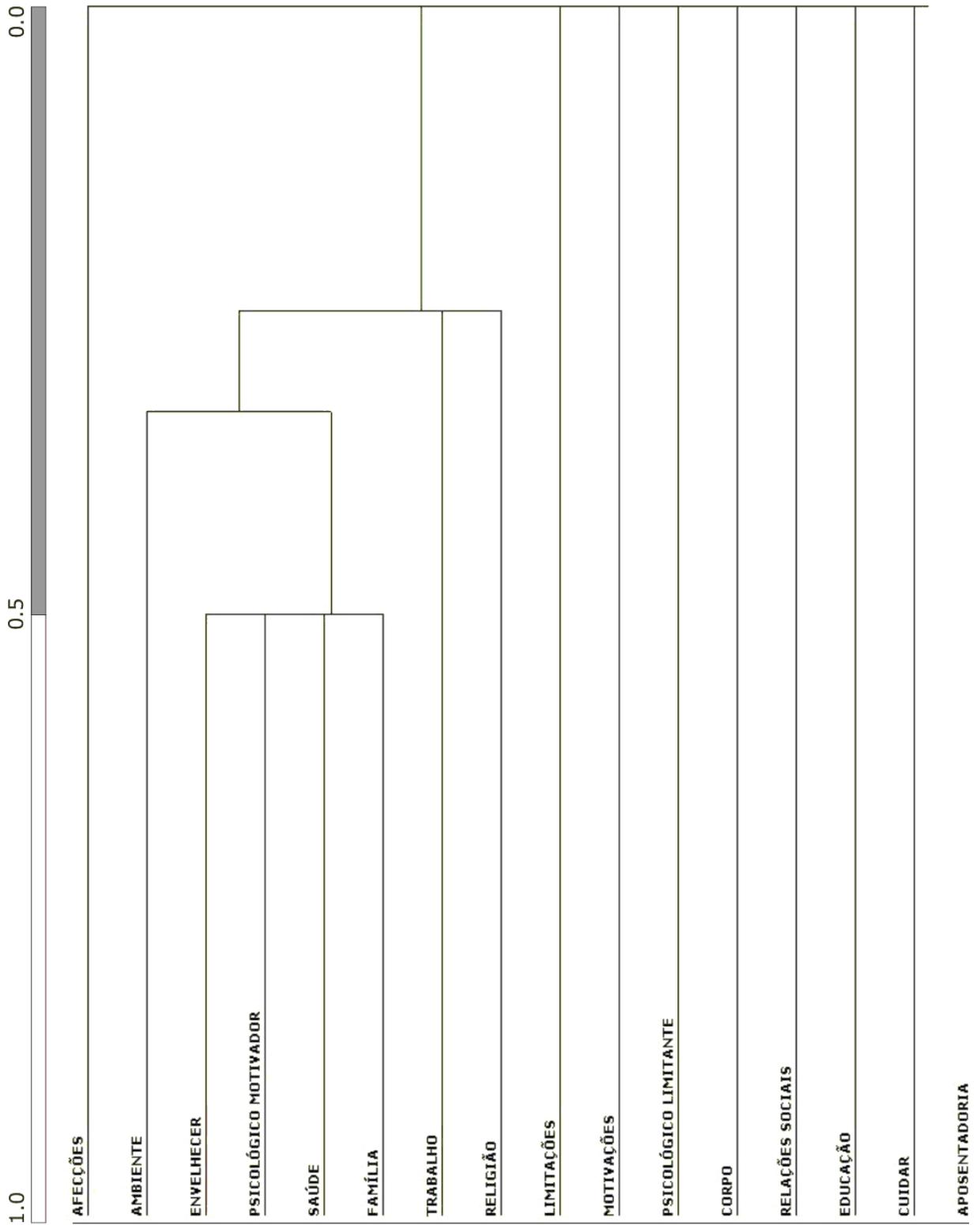


Figura 10 - Gráfico do Dendrograma das junções das categorias do item 9 dos usuários indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

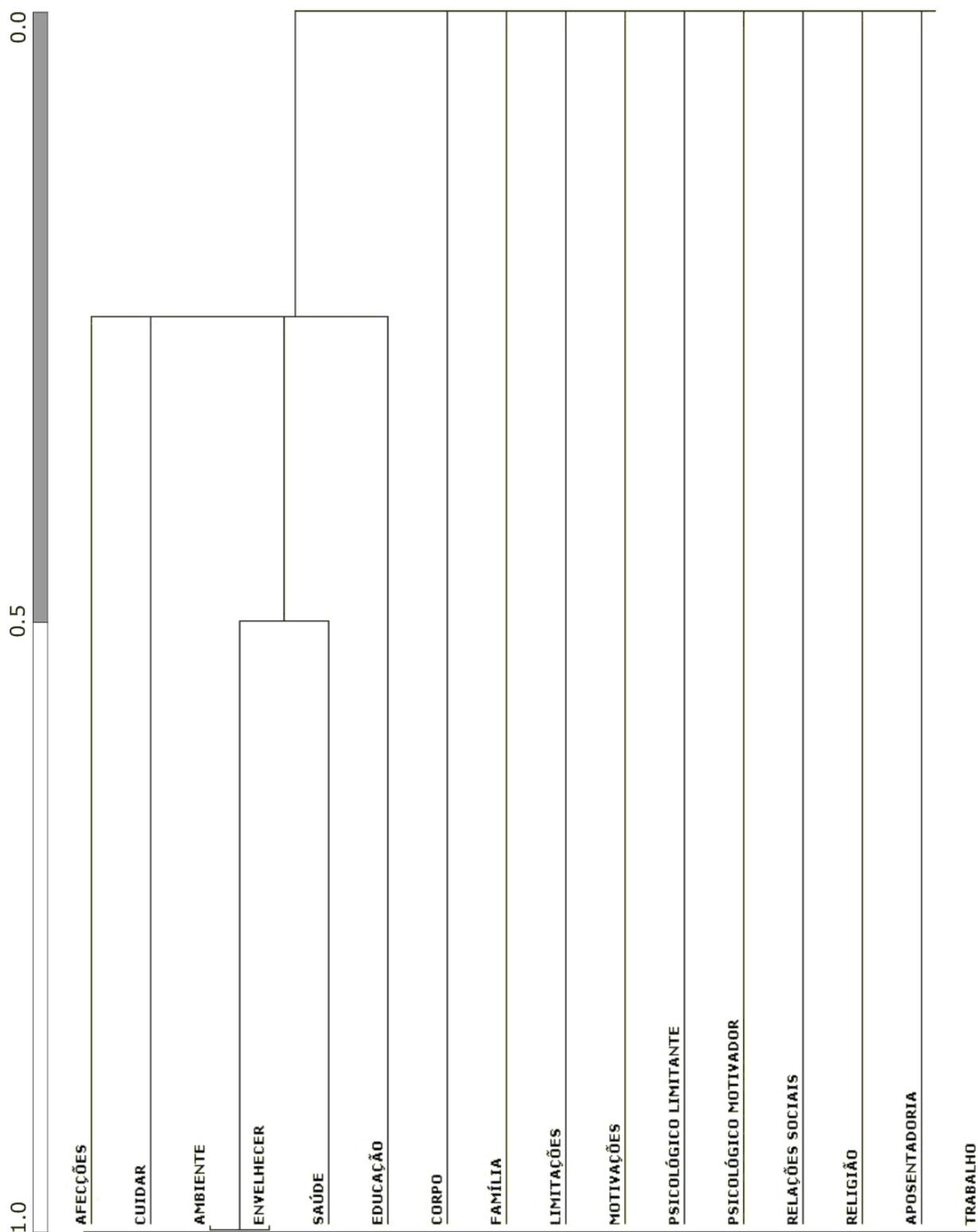


Figura 11 - Gráfico do Dendograma das junções das categorias do item 2 dos profissionais indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

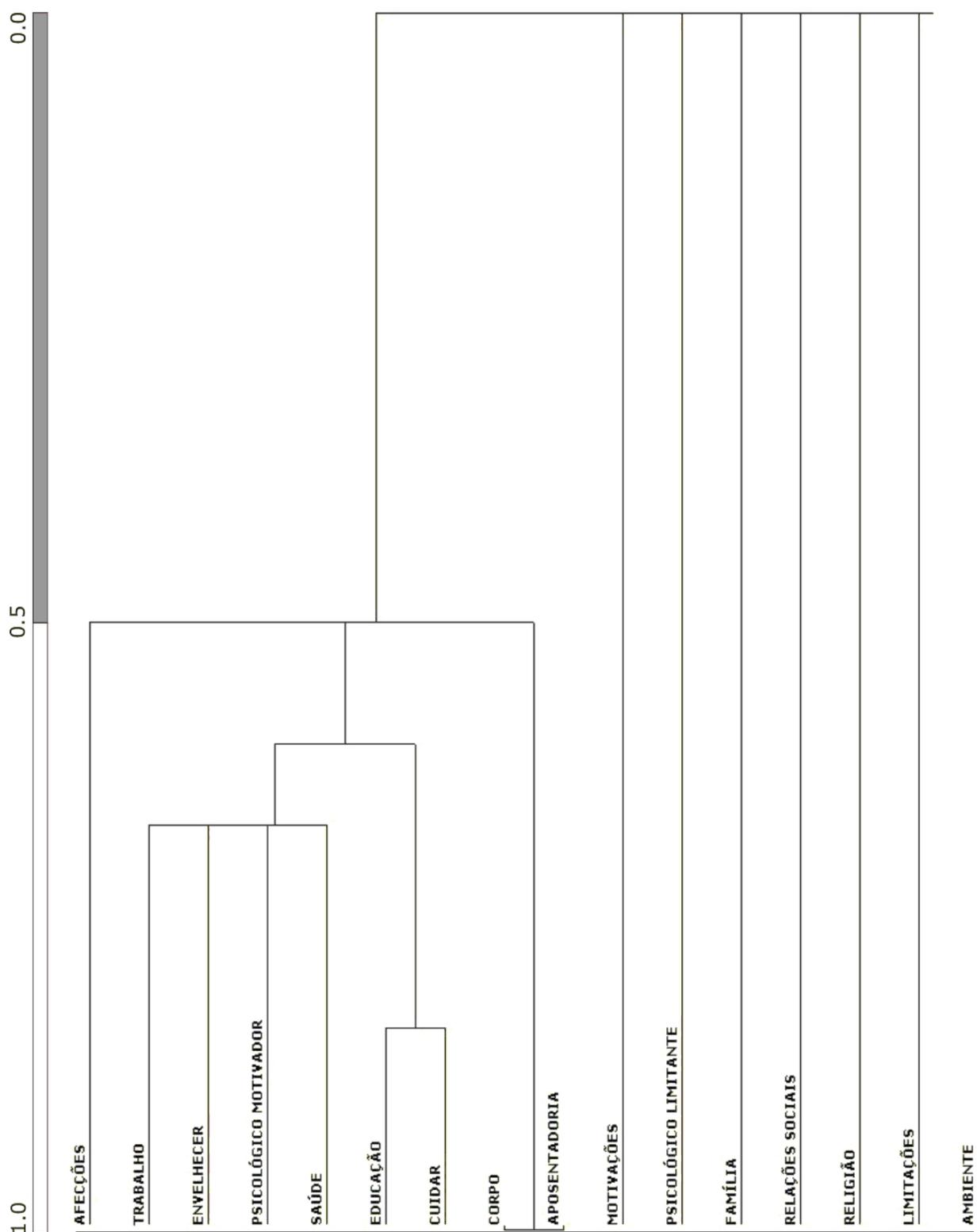


Figura 12 - Gráfico do Dendograma das junções das categorias do item 5 dos profissionais indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

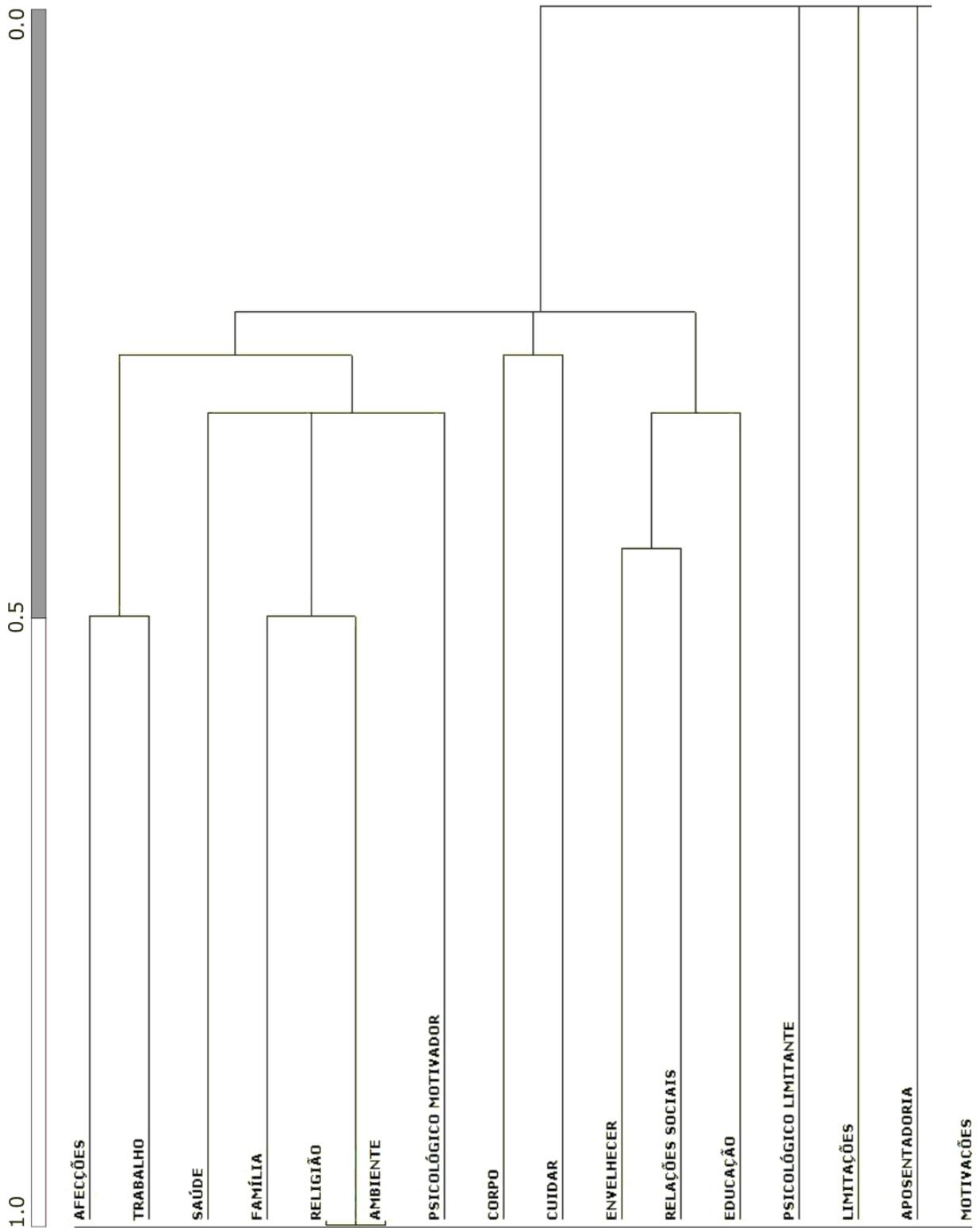


Figura 13 - Gráfico do Dendrograma das junções das categorias do item 7 dos profissionais indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

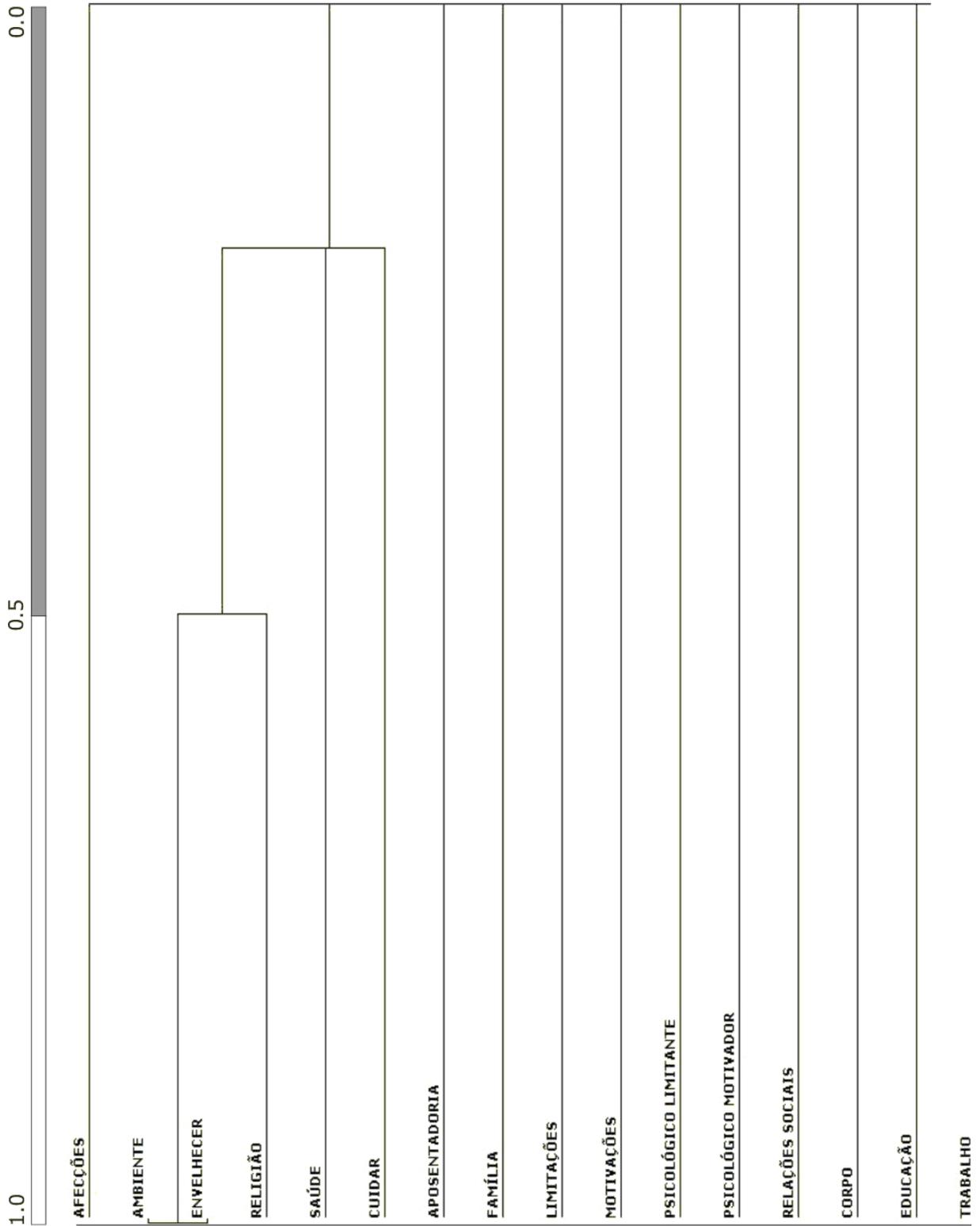


Figura 14 - Gráfico do Dendrograma das junções das categorias do item 2 dos usuários indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

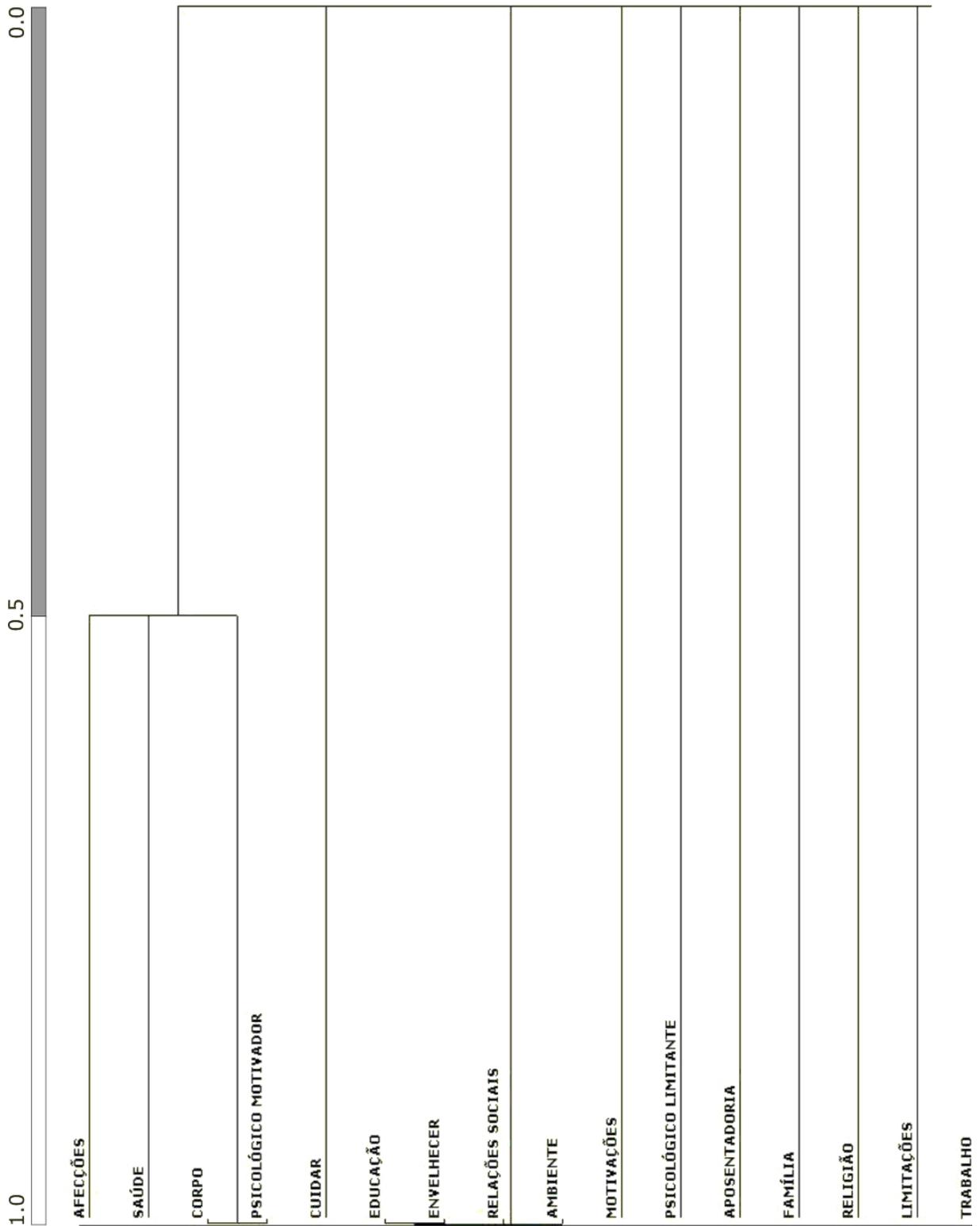


Figura 15 - Gráfico do Dendograma das junções das categorias do item 7 dos usuários indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

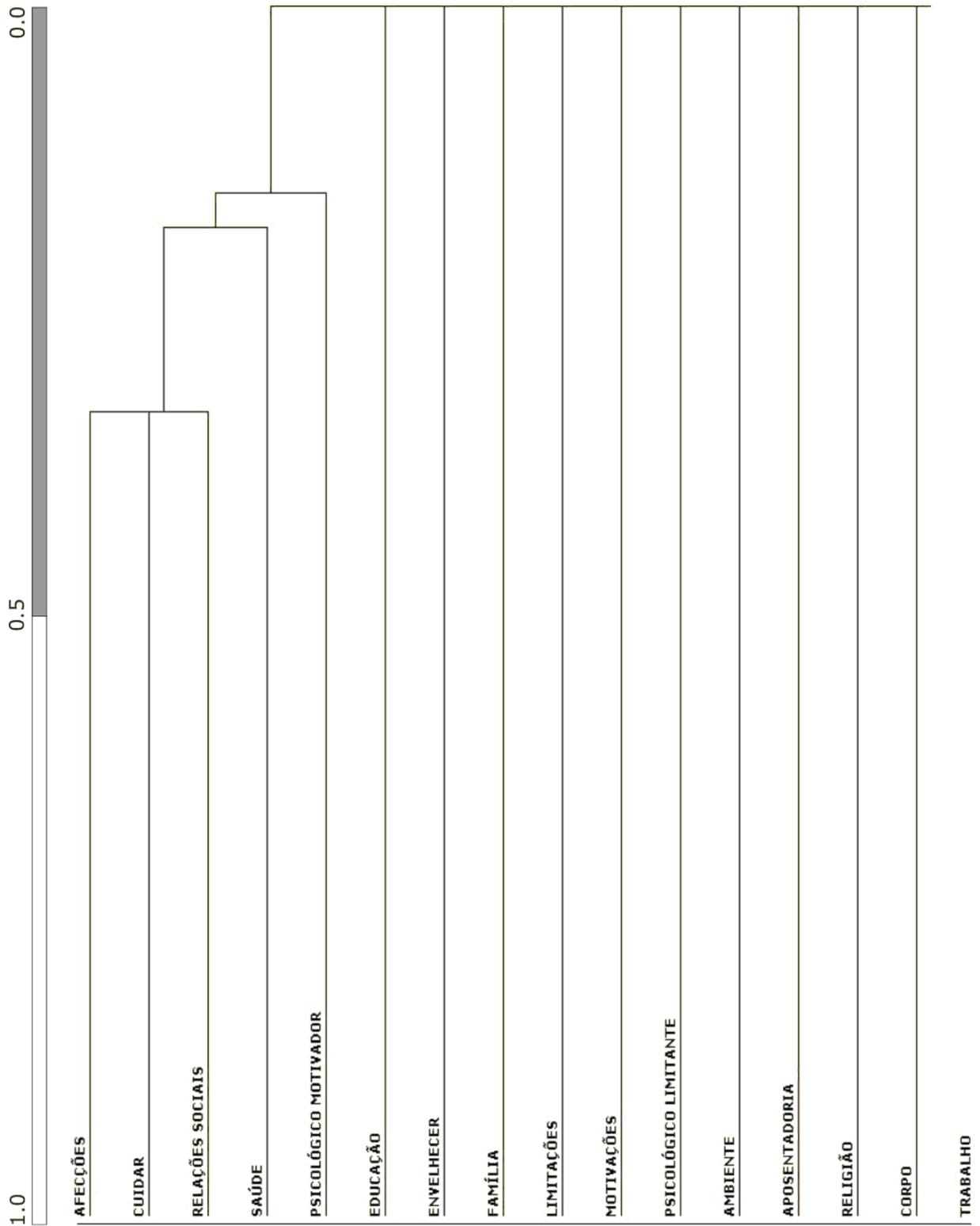


Figura 16 - Gráfico do Dendrograma das junções das categorias do item 1 dos profissionais indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

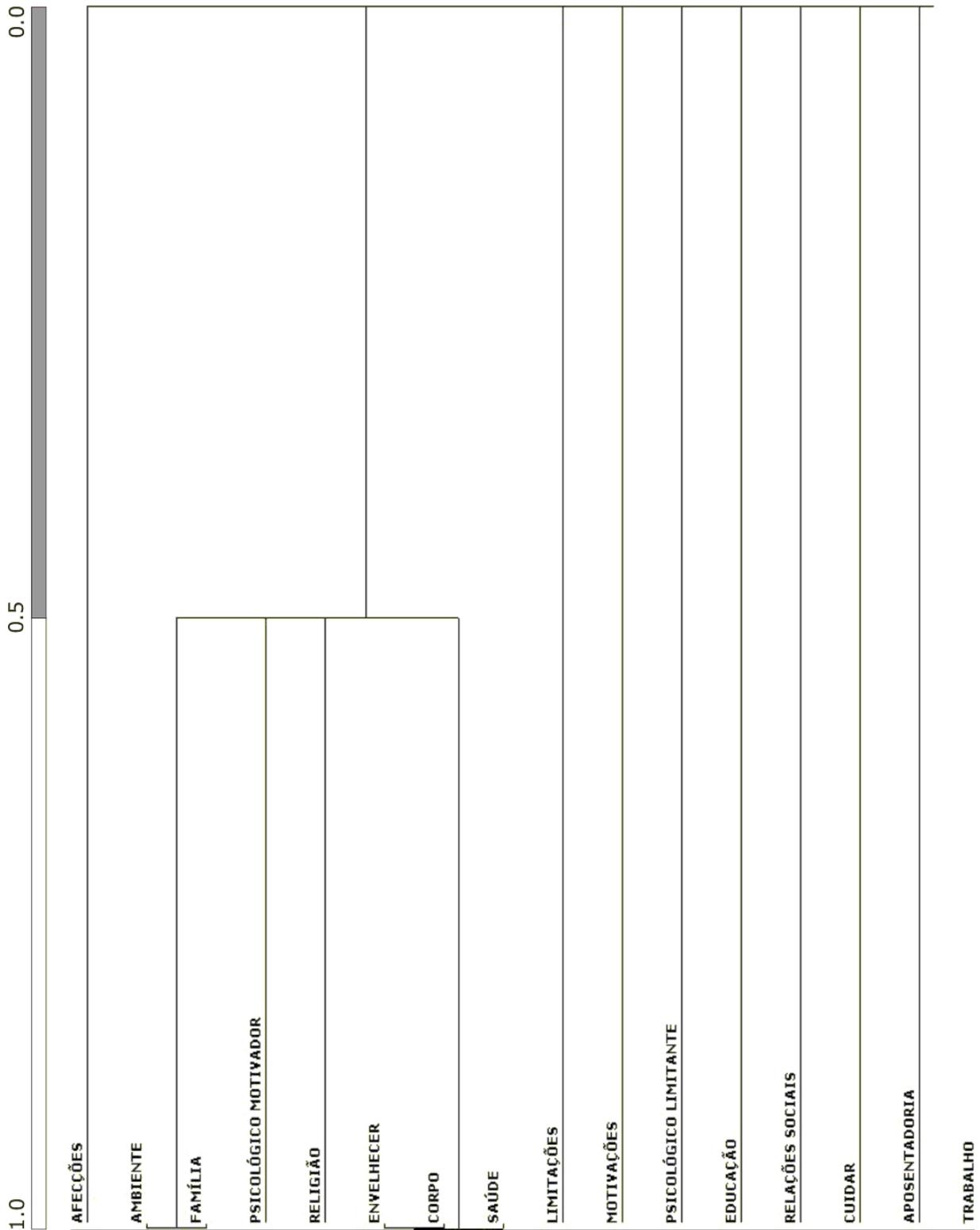


Figura 16 - Gráfico do Dendrograma das junções das categorias do item 1 dos usuários indicando o índice de co-ocorrência das categorias.

## ANEXO F – Dados brutos - Hamlet

	i	1 6 11	2 7 12	3 8 13	4 9 14	5 10 15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0	0	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0
<b>ENVELHECER</b>	7	0 0	0	0	1	0
<b>FAMÍLIA</b>	8	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>	12	0 0	0.50 0	0 0.50	0 0	0 0
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>	13	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
<b>RELIGIÃO</b>	14	0 0 0	0.50 0.50 0.33	0 0.50 0	0.50 0 0	0 0 0
<b>SAÚDE</b>	15	0 0 0	0 1 0	0 0 0	1 0 0.50	0 0 0
<b>TRABALHO</b>	16	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

Tabela 1 – Co-ocorrência das categorias do item 1 dos usuários.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0	0	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0
<b>ENVELHECER</b>	7	0	1	0	0	0
		0				
<b>FAMÍLIA</b>	8	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>		0	0	0	0	0
	12	0	0	0	0	0
		0				
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>		0	0	0	0	0
	13	0	0	0	0	0
		0	0			
<b>RELIGIÃO</b>		0	0.50	0	0	0
	14	0	0.50	0	0	0
		0	0	0		
<b>SAÚDE</b>		0	0	0	0	0.20
	15	0	0	0	0	0
		0	0	0	0.20	
<b>TRABALHO</b>		0	0	0	0	0
	16	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0

Tabela 2 – Co-ocorrência das categorias do item 2 dos usuários.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0	0	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0
<b>ENVELHECER</b>	7	0	0.25	0	0	0.25
		0				
<b>FAMÍLIA</b>	8	0	1	0	0	1
		0	0.25			
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>		0	0.33	0	0	0.33
	12	0	0.40	0.33	0	0
		0				
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>		0	0	0	0	0
	13	0	0	0	0	0
		0	0			
<b>RELIGIÃO</b>		0	1	0	0	1
	14	0	0.25	1	0	0
		0	0.33	0		
<b>SAÚDE</b>		0	0.50	0	0	0.50
	15	0	0.50	0.50	0	0
		0	0.67	0	0.50	
<b>TRABALHO</b>		0	1	0	0	1
	16	0	0.25	1	0	0
		0	0.33	0	1	0.50

Tabela 3 – Co-ocorrência das categorias do item 3 dos usuários.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECCÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0	0	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0
<b>ENVELHECER</b>	7	0	0	0	0	0
		0				
<b>FAMÍLIA</b>	8	0	0	0	0	0
		0	0			
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>	12	0	0	0	0	0
		0	0.40	0	0	0
		0				
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>	13	0	0	0	0	0
		0	0.20	0	0	0
		0	0.50			
<b>RELIGIÃO</b>	14	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>SAÚDE</b>	15	0	0.50	0	0	0
		0	0.17	0	0	0
		0	0.33	0.50	0	
<b>TRABALHO</b>	16	0	0	0	0	0
		0	0.20	0	0	0
		0	0.50	1	0	0.50

Tabela 4 – Co-ocorrência das categorias do item 4 dos usuários.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0	0	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0
<b>ENVELHECER</b>	7	0	0	0	0	0
		0				
<b>FAMÍLIA</b>	8	0	0	0	0	0
		0	0			
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>		0	0	0	0	0
	12	0	0.50	0	0	0
		0				
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>		0	0	0	0	0
	13	0	0.25	0	0	0
		0	0.50			
<b>RELIGIÃO</b>		0	0	0	0	0
	14	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>SAÚDE</b>		0	0	0	0	0
	15	0	0.33	0	0	0
		0	0.20	0.25	0	
<b>TRABALHO</b>		0	0	0	0	0
	16	0	0.50	0	0	0
		0	0.33	0.50	0	0.50

Tabela 5 – Co-ocorrência das categorias do item 6 dos usuários.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0.25	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0	0	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	1	0	0	0
<b>ENVELHECER</b>	7	0	1	0	0	0
		1				
<b>FAMÍLIA</b>	8	0	0	0	0	0
		0	0			
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>		0.25	0	0	1	0
	12	0	0	0	0	0
		0				
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>		0	1	0	0	0
	13	1	1	0	0	0
		0	0			
<b>RELIGIÃO</b>		0	0	0	0	0
	14	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>SAÚDE</b>		0.50	0	0	0.50	0
	15	0	0	0	0	0
		0	0.50	0	0	
<b>TRABALHO</b>		0	0	0	0	0
	16	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0

Tabela 6 – Co-ocorrência das categorias do item 7 dos usuários.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0	0	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0
<b>ENVELHECER</b>	7	0	0.33	0	0.33	0
		0				
<b>FAMÍLIA</b>	8	0	1	0	0	0
		0	0.33			
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>		0	0	0	0	0
	12	0	0	0	0	0
		0				
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>		0	0	0	0	0
	13	0	0	0	0	0
		0	0			
<b>RELIGIÃO</b>		0	0.50	0	0	0
	14	0	0.50	0.50	0	0
		0	0	0		
<b>SAÚDE</b>		0.20	0.40	0	0.17	0
	15	0	0.17	0.40	0	0
		0	0	0	0.20	
<b>TRABALHO</b>		0	0	0.67	0	0
	16	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0

Tabela 7 – Co-ocorrência das categorias do item 8 dos usuários.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0	0	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0
<b>ENVELHECER</b>	7	0	0.33	0	0	0
		0	1			
<b>FAMÍLIA</b>	8	0	0	0	0	0
		0	0			
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>	12	0	0.33	0	0	0
		0	0.50	0.20	0	0
		0				
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>	13	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
		0	0			
<b>RELIGIÃO</b>	14	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
		0	0			
<b>SAÚDE</b>	15	0	0.33	0	0	0
		0	0.20	0.50	0	0
		0	0.50	0	0	
<b>TRABALHO</b>	16	0	0.25	0	0	0
		0	0.17	0	0	0
		0	0.17	0	0.25	0.17

Tabela 8 – Co-ocorrência das categorias do item 9 dos usuários.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0.33	0	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0
<b>ENVELHECER</b>	7	0	0	0	0	0
		0				
<b>FAMÍLIA</b>	8	0	0	0	0	0
		0	0			
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>		0	0	0	0	0
	12	0	0	0	0	0
		0				
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>		0	0	0	0	0.33
	13	0	0	0	0	0
		0	0			
<b>RELIGIÃO</b>		0	0	0	0	0
	14	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>SAÚDE</b>		0.10	0.33	0	0	0.18
	15	0	0	0	0	0
		0	0.15	0.10	0	
<b>TRABALHO</b>		0	0	0	0	0
	16	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0

**Tabela 9** – Co-ocorrência das categorias do item 1 dos profissionais.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0.25	0.25	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0.25
<b>ENVELHECER</b>	7	0	1	0	0	0.25
		0				
<b>FAMÍLIA</b>	8	0	0	0	0	0
		0	0			
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>		0	0	0	0	0
	12	0	0	0	0	0
		0				
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>		0	0	0	0	0
	13	0	0	0	0	0
		0	0			
<b>RELIGIÃO</b>		0	0	0	0	0
	14	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>SAÚDE</b>		0	0.50	0	0	0.20
	15	0	0.50	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>TRABALHO</b>		0	0	0	0	0
	16	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0

**Tabela 10** – Co-ocorrência das categorias do item 2 dos profissionais.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0	0	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0
<b>ENVELHECER</b>	7	0	0	0	0.20	0
		0.20				
<b>FAMÍLIA</b>	8	0	0	0	0	0
		0	0			
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>	12	0	0	0	0	0
		1	0.20	0	0	0
		0				
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>	13	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
		0	0			
<b>RELIGIÃO</b>	14	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>SAÚDE</b>	15	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>TRABALHO</b>	16	0	0	0	1	0
		0	0.20	0	0	0
		0	0	0	0	0

Tabela 11 – Co-ocorrência das categorias do item 3 dos profissionais.

	i	1 6 11	2 7 12	3 8 13	4 9 14	5 10 15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0	0	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0
<b>ENVELHECER</b>	7	0.11 0	0	0	0.10	0
<b>FAMÍLIA</b>	8	0 0	0 0.33	0	0	0
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0 0	0 0	0 0	0	0
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0 0	0 0	0 0	0 0	0
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>	12	0 0	0 0.40	0 0.14	0.17 0	0 0
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>	13	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
<b>RELIGIÃO</b>	14	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
<b>SAÚDE</b>	15	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
<b>TRABALHO</b>	16	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

Tabela 12 – Co-ocorrência das categorias do item 4 dos profissionais.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECCÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	1		
<b>CUIDAR</b>	5	0.17	0	0.17	0.17	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0.20	0	0.20	0.20	0.83
<b>ENVELHECER</b>	7	0.33 0.60	0	0.33	0.33	0.50
<b>FAMÍLIA</b>	8	0 0	0 0	0	0	0
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0 0	0 0	0 0	0	0
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0 0	0 0	0 0	0 0	0
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>	12	0 0.40 0	0 0.67	0.50 0	0.50 0	0.33 0
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>	13	0 0 0	0 0 0	0 0	0 0	0 0
<b>RELIGIÃO</b>	14	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0	0 0
<b>SAÚDE</b>	15	0.33 0.60 0	0 0.50 0.25	0.33 0 0	0.33 0 0	0.50 0 0
<b>TRABALHO</b>	16	0.50 0.40 0	0 0.67 0.33	0.50 0 0	0.50 0 0	0.33 0 0.67

**Tabela 13** – Co-ocorrência das categorias do item 5 dos profissionais.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0.33	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0	0	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0
<b>ENVELHECER</b>	7	0.18	0	0	0.18	0
		0				
<b>FAMÍLIA</b>	8	0.50	0	0	0.50	0
		0	0.09			
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0.50	0	0	0.50	0
		0	0.09	1		
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0.50	0	0	0.50	0
		0	0.09	1	1	
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0.50	0	0	0.50	0
		0	0.09	1	1	1
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>	12	0.25	0	0	0.25	0
		0	0.17	0.33	0.33	0.33
		0.33				
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>	13	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
		0	0			
<b>RELIGIÃO</b>	14	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>SAÚDE</b>	15	1	0	0	0.33	0
		0	0.18	0.50	0.50	0.50
		0.50	0.25	0	0	
<b>TRABALHO</b>	16	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0

Tabela 14 – Co-ocorrência das categorias do item 6 dos profissionais.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0.11	0.14	0	0.29	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0.20	0	0	0	0.25
<b>ENVELHECER</b>	7	0.09 0.33	0.11	0	0	0.23
<b>FAMÍLIA</b>	8	0.25 0	0.50 0.10	0	0	0.13
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0 0	0 0	0 0	0 0	0
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0 0	0 0	0 0	0 0	0
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>	12	0 0.20 0	0.33 0.20	0 0.25	0.25 0	0.25 0
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>	13	0 0 0	0.25 0.44 0.17	0 0.20	0 0	0.10 0
<b>RELIGIÃO</b>	14	0 0 0	1 0.11 0.33	0 0.50 0.25	0 0	0.14 0
<b>SAÚDE</b>	15	0.29 0.13 0	0.17 0.25 0.29	0 0.33 0.25	0.33 0 0.17	0.08 0
<b>TRABALHO</b>	16	0.50 0.20 0	0 0.20 0	0 0 0	0 0 0	0.11 0 0.13

Tabela 15 – Co-ocorrência das categorias do item 7 dos profissionais.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0.29			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0	0	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0
<b>ENVELHECER</b>	7	0	0.22	0.33	0	0
		0				
<b>FAMÍLIA</b>	8	0	0.60	0.29	0	0
		0	0.38			
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>	12	0	0.25	0	0	0
		0	0.14	0.25	0	0
		0				
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>	13	0	0.25	0.20	0	0
		0	0.14	0.25	0	0
		0	0			
<b>RELIGIÃO</b>	14	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>SAÚDE</b>	15	0	0.33	0.13	0	0
		0	0.22	0.33	0	0
		0	0.25	0.25	0	
<b>TRABALHO</b>	16	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0.25

Tabela 16 – Co-ocorrência das categorias do item 8 dos profissionais.

	i	1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13	14	15
<b>AFECÇÕES</b>	1					
<b>AMBIENTE</b>	2	0				
<b>APOSENTADORIA</b>	3	0	0			
<b>CORPO</b>	4	0	0	0		
<b>CUIDAR</b>	5	0	0.20	0	0	
<b>EDUCAÇÃO</b>	6	0	0	0	0	0.33
<b>ENVELHECER</b>	7	0	0.23	0.15	0.08	0
		0.08				
<b>FAMÍLIA</b>	8	0	0.33	0.17	0	0.20
		0	0.23			
<b>LIMITAÇÕES</b>	9	0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>MOTIVAÇÕES</b>	10	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	
<b>PSICOLÓGICO LIMITANTE</b>	11	0	0	0	0	0.33
		0.33	0	0	0	0
<b>PSICOLÓGICO MOTIVADOR</b>	12	0	0	0	1	0
		0	0.08	0	0	0
		0				
<b>RELAÇÕES SOCIAIS</b>	13	0	0	0.13	0	0.14
		0.14	0.29	0.11	0	0
		0.14	0			
<b>RELIGIÃO</b>	14	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
		0	0	0		
<b>SAÚDE</b>	15	0	0.10	0	0.14	0.13
		0.13	0.36	0.10	0	0
		0.13	0.14	0.30	0	
<b>TRABALHO</b>	16	0	0.33	0	0	0.50
		0.20	0.14	0.33	0	0
		0.20	0	0.11	0	0.38

Tabela 17 – Co-ocorrência das categorias do item 9 dos profissionais.



## Parte 2 - Entrevista

NOME: \_\_\_\_\_

I- Palavras e expressões Indutoras de livre associação:

- 1- qualidade de vida
- 2- autocuidado
- 3- idoso
- 4- envelhecer
- 5- formação para o cuidado (somente para os profissionais de saúde)

II – Perguntas:

1 – O que você entende por velhice?

2 (1) - Qual o preparo que você teve ou tem para cuidar a saúde do idoso?  
(para os profissionais)

2 (2) – Qual o preparo que você teve, ou tem para cuidar da sua saúde? (para os usuários)

3 - Que aspectos você considera que facilitam a condição de ser idoso na atualidade?

4 - Que aspectos você considera que dificultam a condição de ser idoso na atualidade?

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo qualificado, DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito objeto da pesquisa que fui devidamente esclarecido a respeito do Projeto de Pesquisa intitulado Representação Social de Profissionais de Saúde Sobre o Processo de Envelhecimento na Cidade de Dourados, desenvolvido pela aluna do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília.

Esta pesquisa tem como objetivo investigar as representações sociais, ou seja, o conhecimento socialmente elaborado e partilhado de profissionais da saúde acerca do envelhecer e os desafios impostos ao cuidado com o cliente e consigo mesmo.

Este trabalho pretende colaborar para um atendimento contextualizado nas necessidades da população estudada e contribuir com conhecimento para a comunidade geral e científica.

Será realizada uma entrevista semi-estruturada, em um encontro com cada participante, que será registrada em gravador digital.

Os dados obtidos serão utilizados para apresentações em congressos e publicações científicas, mas o sigilo da participação será garantido. A participação é voluntária. É assegurado o direito de desistir da participação nesta pesquisa, a qualquer momento, mesmo tendo assinado o presente documento. Fica esclarecido que a metodologia apresentada para realização deste trabalho não oferece riscos ao participante.

Esta pesquisa é desenvolvida pela psicóloga e mestranda Elizete M. B. Comerlato, sob orientação do professor doutor Elioenai Dornelles Alves, do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Informações adicionais podem ser obtidas diretamente com a pesquisadora pelo telefone (67) 9224-3620.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_

\_\_\_\_\_  
Participante

**APÊNDICE C - Qualificação do Declarante**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Objeto da Pesquisa

(Nome): .....

RG: .....Data nascimento: ...../...../..... Sexo: M ( ) F ( )

Endereço: ..... n° .....

Apto: .....Bairro: .....Cidade: .....

Cep: .....

Tel.: .....

---

 Assinatura do Declarante

Representante legal: .....

Natureza da Representação:

RG: .....Data de nascimento: ...../...../..... Sexo: M ( ) F ( )

Endereço: ..... n° .....Apto: .....

Bairro: .....Cidade: .....

Cep: .....Tel.: .....

---

 Assinatura do Declarante

### **APÊNDICE D - Declaração do Pesquisador**

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas nas alíneas acima elencadas e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## **APÊNDICE E - Declaração de Responsabilidade**

DECLARO que a pesquisa intitulada “Representação Social de Profissionais de Saúde sobre o Processo de Envelhecimento na Cidade de Dourados”, sob minha responsabilidade, apenas terá início à coleta de dados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.

Dourados, 10 de fevereiro de 2006.

---

Elizete M. B. Comerlato  
Psicóloga CRP 17/00447-5